REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

R. Lecoq. ***Le béribéri, maladie par déséquilibre alimentaire*** (*Le Progrès médical*, t. **42**, n° 34, 24 Août 1935, p. 1381-1387). — L. a observé chez le pigeon que certaines substances, comme l'huile de ricin, la peptone d'ovalbumine et le lactose, entraînent par leur présence dans le régime un déséquilibre de la ration qui se traduit par l'apparition de crises polynévritiques, absolument superposables à celles que l'on observe dans l'avitaminose B. Ces crises surviennent en présence de doses normales et même supérieures de vitamines B. La preuve du déséquilibre de la ration est faite par le rétablissement de l'équilibre lorqu'on modifie les proportions des diverses substances entrant dans le régime. Le nouvel équilibre réalisé permet la bonne utilisation par l'organisme des substances dites de déséquilibre.

L'introduction dans le régime d'acides gras remplaçant les glycérines, ou encore l'adjonction quotidienne de bacilles lactiques à un régime riche en glucides, aboutissent également à un déséquilibre de la ration alimentaire, se traduisant par l'apparition d'accidents polynévritiques chez le pigeon, malgré la présence de vitamine B en qualité suffisante.

De ces expériences, L. tire la conclusion que l'avitaminose B paraît être exceptionnellement à l'origine du béribéri et le plus souvent en dehors des contrées où il agit à l'état endémique. Dans ces régions, le béribéri semble devoir être attribué à un déséquilibre alimentaire, ayant le plus souvent pour cause une intoxication acide de l'organisme, due à l'intervention dans l'intestin de microbes non spécifiques, qui agissent en produisant aux dépens des glucides abondants de la ration de fortes quantités de dérivés acides.

Robert Clément.

P.-E. Morhardt. ***La prophylaxie du rachitisme et le lait irradié*** (*Le Progrès médical*, t. **42**, n° 36, 7 Septembre 1935, p. 1445-1450). — La prophylaxie du rachitisme ne doit pas être dominée par la seule prophylaxie spécifique.

Les méthodes non spécifiques portant sur l'amélioration de l'hygiène générale et du régime alimentaire sont au moins aussi importantes que les procédés dits spécifiques. La suppression des taudis, l'aération systématique, la correction des fautes alimentaires, la distribution de bon lait, sont des éléments aussi importants que l'administration systématique d'ergostérine activée par les rayons ultraviolets ou de lait irradié, celui-ci présentant des inconvénients et des avantages.

L'enrichissement du lait en vitamine D devra être recherché plutôt par l'amélioration des conditions de production, c'est-à-dire alimentation et hygiène des troupeaux, que par l'irradiation du lait ou par adjonction artificielle d'ergostérol irradié.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

Ch. Garin et **P. Bernay.** ***Les diverticules du duodénum. Signes radiologiques et cliniques*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **16**, n° 375, 20 Août 1935, p. 533-538). — Les progrès de la technique radiologique et la fréquence plus grande avec laquelle on utilise les rayons X ont multiplié les observations de diverticule du duodénum. C'est une affection rare, environ 100 fois moins fréquente que l'ulcère gastrique ou duodénal.

Les diverticules sont toujours une découverte de l'examen radiologique, puisqu'ils n'ont pas de symptomatologie propre. Dans certains cas, le diverticule est très facile à voir au simple examen radioscopique; d'autres fois, il n'est que difficilement décelable et peut échapper à de bonnes radiographies. Pour affirmer l'existence d'un diverticule, il faut qu'il apparaisse sous forme d'une tache à contours nets, après le début de l'évacuation gastrique, au voisinage immédiat de l'anneau duodénal et relié à lui par un pédicule à plissements muqueux visibles. Il n'est pas rare que les taches opaques ne soient pas homogènes ou que le plissement muqueux de la cavité diverticulaire soit invisible. En position verticale, on voit une bulle d'air dans les diverticules de grande dimension. Il ne faut pas s'attendre à voir l'image persister après l'évacuation gastrique ou duodénale.

Le diagnostic n'est pas toujours facile, il ne faut pas confondre le diverticule du duodénum avec le remplissage de l'ampoule de Vater, les faux diverticules par cancer de l'ampoule, les niches duodénales spasmodiques, l'angulation du duodénum, etc.

La plupart des diverticules duodénaux sont latents. Parfois, il existe un syndrome dyspeptique banal, souvent les malades se présentent avec un syndrome douloureux, mais un examen complet montre à côté un ulcère, une cholécystite, un cancer gastrique. G. et B. n'ont jamais vu un malade dont le syndrome douloureux puisse être attribué à coup sûr au diverticule. Cependant, des crises paroxystiques à caractère spécial, sans horaire fixe, très douloureuses, pourraient assez bien s'expliquer par des poussées inflammatoires au niveau du diverticule. Il semble sage de ne rendre le diverticule responsable des accidents observés qu'après de minutieuses explorations permettant d'éliminer une autre affection concomitante.

Robert Clément.

L. Morenas. ***Colites para et méta-amibiennes*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **16**, n° 375, 20 Août 1935, p. 541-546). — La colite amibienne, habituellement chronique, a ses signes propres, ses rémissions prolongées et ses paroxysmes. Muqueuse ou ulcéreuse, elle est surtout identifiée par la présence de l'amibe dysentérique au niveau des ulcérations, la constatation des kystes dans les selles et l'efficacité de la thérapeutique antiamibienne.

On rencontre aussi, chez des amibiens authentiques, anciens ou récents, des manifestations colitiques, généralement aiguës, que l'on attribue à tort à l'action de l'amibe; ce sont soit des colites aiguës muco-hémorragiques généralisées, soit des colites purulentes segmentaires qui évoluent comme des sigmoïdites, des diverticulites ou des pérityphlites et peuvent donner lieu à des péritonites enkystées. La recherche des amibes ou des kystes amibiens, même souvent répétée, reste négative et les traitements spécifiques de l'amibiase sont inefficaces, alors que le traitement général et local des colites infectieuses amène la guérison, à moins qu'une suppuration localisée nécessite l'intervention du chirurgien.

Il est inutile et dangereux dans ces cas de prolonger le traitement anti-amibien.

Il s'agit probablement de colites infectieuses secondaires, les ulcérations amibiennes ayant servi de porte d'entrée aux microbes pathogènes de l'intestin. Si ces colites ne relèvent pas de l'action de l'amibe, on ne peut cependant les considérer comme de simples coïncidences. Les altérations du milieu intestinal et les lésions plus ou moins profondes ou étendues qu'a créées l'amibiase font du côlon des anciens dysentériques un lieu de moindre résistance sur lequel peut s'exercer toutes causes de colite humorale, toxique, médicamenteuse, mais surtout infectieuse.

Le terme de colites méta-amibiennes désigne celles d'entre elles qui sont le dernier terme de l'histoire clinique d'une amibiase éteinte. Le plus souvent, l'incertitude persiste sur la disparition des amibes de l'organisme d'un sujet qui les a hébergées. On pourrait appeler para-amibiennes ces colites évoluant en marge de l'amibiase qui a favorisé leur apparition, mais n'en constitue pas la cause réelle.

Robert Clément.

L. Gallavardin. ***Syncopes d'origine indéterminée*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **16**, n° 377, 20 Septembre 1935, p. 567-578). — G. apporte 37 observations de syncopes diverses auxquelles il a été impossible d'assigner une origine précise. 8 sont survenues à l'occasion d'actes physiologiques, déglutition, mictions nocturnes, défécation, etc., il s'agit de sujets entre 39 et 66 ans, chez qui les états syncopaux se sont en général répétés à plusieurs reprises.

Chez un homme de 72 ans et une femme de 69, des syncopes sont survenues au cours de la toilette du matin. Chez un homme de 58 ans, 3 syncopes auraient été provoquées par un brusque mouvement de torsion de la tête. Chez d'autres, les circonstances varient ou sont imprécises; 3 fois, elles furent suivies quelques années plus tard de mort subite ou rapide.

Chez tous ces sujets, l'examen cardiaque ne révélait rien, plusieurs fois ces accidents syncopaux s'accompagnaient de vertiges analogues à ceux du pouls lent permanent.

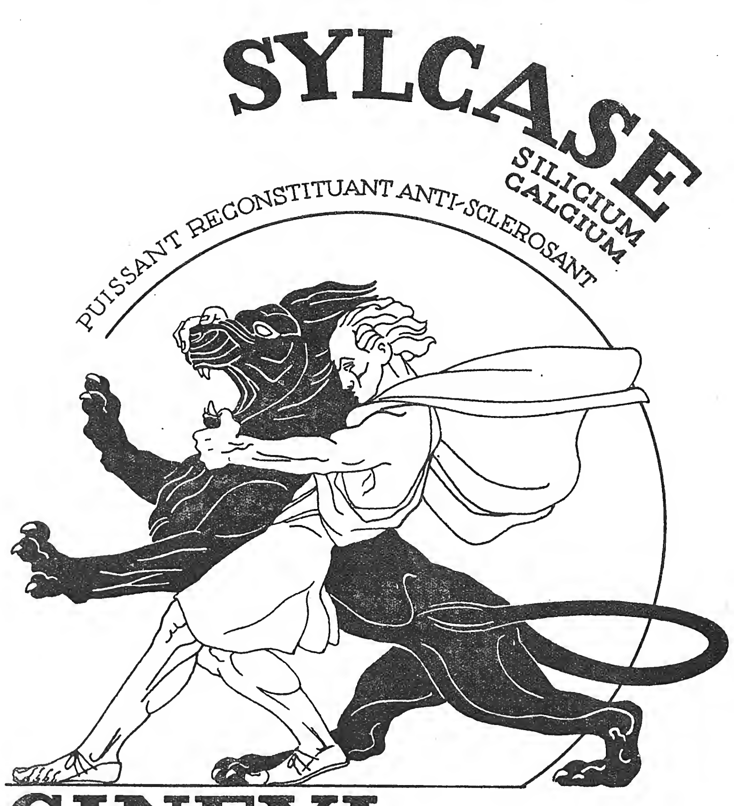
Il est probable que ces syncopes ne constituent pas une affection univoque et se rapportent à des faits de nature et de signification très dissemblables.

Cependant, G. considère le pronostic de ces accidents syncopaux comme bénin et ne soulève qu'à titre d'hypothèse leur parenté possible avec certains cas de mort subite inexpliquée.

Robert Clément.

L. Bouchut, M. Levrat, R. Froment et **O. Loras.** ***Les complications cardiaques des cirrhoses pigmentaires (myocardite pigmentaire?)*** [*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **16**, n° 378, 5 Octobre 1935, p. 611-620]. — Chez deux hommes de 33 et 40 ans, atteints de cirrhose pigmentaire, l'un d'eux, avec diabète acidosique, on a observé des accidents d'insuffisance cardiaque, dans un cas à début brusque, avec crises douloureuses précordiales pseudo-angineuses et évolution progressive rapidement mortelle. On a pu relever une dizaine d'observations dans la littérature française.

Chez les sujets atteints de cirrhose pigmentaire, l'hypertrophie cardiaque peut être modérée et ne se traduire que par des signes discrets d'insuffisance. Elle peut aussi, mais plus rarement, être au premier plan de la scène clinique et revêtir, chez des sujets cependant jeunes et sans autre tare que leur cirrhose, l'aspect de ces insuffisances cardiaques, presque d'emblée irréductibles et rapidement


SYLCASE
SILICIUM
CALCIUM
PUISSANT RECONSTITUANT ANTI-SCLEROSANT

mortelles, que l'on voit dans certains cas de « gros cœur clinique primitif ».

L'étude histologique des deux myocardes montre l'absence de sclérose et d'état inflammatoire, mais une infiltration pigmentaire considérable du tissu interstitiel et des fibres myocardiques. Il s'agit donc d'une surcharge pigmentaire diffuse du myocarde.

La pathogénie des complications cardiaques est encore obscure. Le rôle de la sidérose myocardique est probable, mais peut-être insuffisant à lui seul pour expliquer une insuffisance cardiaque grave et rapide. Le rôle de troubles endocriniens souvent associés est invoqué par l'école parisienne, mais il est également possible qu'un trouble humoral initial, encore inconnu, intervienne. L'hémolyse et la sidérose cardiaque joueraient un rôle au moins favorisant.

L'intérêt de ce syndrome myocardique des cirrhoses pigmentaires n'est pas seulement de préciser le diagnostic et de révéler une cause importante de mort dans cette affection. Il est surtout de projeter quelque lumière sur le problème encore irrésolu de certaines insuffisances cardiaques et de montrer qu'il faut savoir en chercher l'origine ailleurs que dans les perturbations tensionnelles, rénales ou inflammatoires généralement invoquées.

Robert Clément.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD
(Lille)

A. et M. Marchand-Alphant. ***Les altérations des éléments figurés du sang des noyés*** (*L'Echo médical du Nord*, t. 4, n° 34, 25 Août 1935, p. 287-291). — Il est très important, au point de vue médico-légal, de savoir si un noyé était mort avant l'immersion ou s'il est mort par suite de l'immersion. C'est là un diagnostic difficile. Les différentes méthodes se basent en général, en dehors des signes tirés de l'examen de l'appareil respiratoire, sur un fait expérimental, la dilution du sang du cœur gauche, par rapport à celui du cœur droit chez l'animal submergé.

Chez le cobaye, avant et après la submersion, on a fait des numérations globulaires sur le sang prélevé dans les cavités cardiaques peu de temps après la mort La diminution très nette de plus de 1 million de globules rouges, dans le ventricule gauche, indique une dilution manifeste du sang du cœur gauche. L'examen sur lame révèle l'existence de globules rouges à granulations réticulo-filamenteuses, et de déformations constantes des globules qui sont polygonaux et quelquefois crénelés et épineux.

Ces signes ne sont pas suffisants à eux seuls pour établir le diagnostic de mort par submersion, mais ils peuvent s'incorporer au faisceau des autres preuves et renforcer ce diagnostic.

Robert Clément.

A. et G. Patoir. ***L'hépato-néphrite apiolique*** (*L'Echo médical du Nord*, t. 4, n° 34, 25 Août 1935, p. 315-325). — L'apiol semble avoir une action nocive sur les parenchymes hépatique et rénal. Si, dans les cas bénins d'intoxication, elle peut ne se traduire que par une albuminurie légère avec polyurie, voire même une hématurie ou un ictère, dans les cas graves, on voit survenir une hépato-néphrite dont le pronostic est particulièrement sombre.

L'aspect clinique de l'hépato-néphrite apiolique ne diffère pas de celui des autres hépato-néphrites toxiques ou infectieuses et comme la malade avoue rarement qu'elle a pris de l'apiol, le diagnostic est souvent fort difficile.

A des lapins, on a fait ingérer l'apiol à l'aide d'une sonde gastrique. Avec l'apiol cristallisé, l'apiol vert, les mêmes altérations ont été obtenues dans tous les cas. Les doses utilisées, très variables (2 gr. 5 à plus de 20 gr.), la durée de l'expérimentation (de 6 jours à 2 mois) semblent avoir peu d'influence sur la nature des lésions; elles ne varient qu'en intensité. Le parenchyme hépatique présente des altérations de dégénérescence graisseuse, en certains points si importants qu'on a peine à reconnaître les limites cellulaires. Le rein est également profondément remanié. Le glomérule est rétracté, infiltré de cellules rondes, la capsule flétrie; l'épithélium des tubes sécrétoires est desquamé, le protoplasme des cellules est trouble. Il n'y a pas de lésions au niveau des autres organes, en particulier sur le système nerveux.

Pour tous les lapins intoxiqués, on a pu mettre en évidence la présence de l'apiol dans les viscères et dans l'urine.

Des recherches ont montré que les phénomènes pathologiques observés étaient dus à l'apiol ou à des falsifications. L'apiol cristallisé était pur, l'apiol vert était chargé de tri-ortho-crésyl-phosphates.

Il semble que l'apiol n'ait un rôle abortif qu'en fonction de son pouvoir toxique sur le foie et le rein; l'action congestive qu'il exerce sur les organes génitaux n'est pas suffisante pour expliquer l'avortement.

La possibilité de mettre en évidence l'apiol dans les urines permet le diagnostic de bonne heure, car le produit s'élimine très tôt et aussi longtemps que le rein n'est pas trop lésé.

Robert Clément.

L'ALGÉRIE MÉDICALE
(Alger)

A. Tournade. ***Contribution expérimentale à l'étude pathogénique de l'hypertension artérielle*** (*L'Algérie médicale*, série 4, t. 39, n° 93, Septembre 1935, p. 191-193). — La pression artérielle est maintenue à un taux moyen grâce à la correction automatique des écarts éventuels par les nerfs dépresseurs, sinusiens et aortiques. L'hypothèse qu'une perte de sensibilité des sinus à la distension pourrait bien être la cause de certaines hypertensions observées en clinique mérite d'être retenue. L'expérience sur l'animal montre que les deux sortes d'excitation: pression et distension, ne sont nullement équivalentes et que l'extra-physiologique (la pression) peut rester encore efficace alors que la physiologique a perdu toute son action. Si, par lavage du sinus carotidien exclu, avec une solution de carbonate de soude à 6 pour 100, on abolit toute sensibilité à la distension, le pincement de l'origine de la carotide interne détermine toujours les réflexes habituels.

De fortes distensions du cul-de-sac artériel, sous 35 à 40 cm. de mercure, sont généralement très bien supportées et engendrent les mêmes phénomènes réactionnels hypotenseurs. Cependant, dans certains cas, par suite d'une vulnérabilité dont la cause échappe, la zone sinusienne, après avoir subi quelques distensions, perd son excitabilité. Mais, ici encore, elle reste capable de déclencher des réflexes hypotenseurs sous l'influence du pincement.

La possibilité d'hypertension artérielle, par perte de sensibilité des sinus à la distension, n'est donc pas infirmée par le fait que chez les artério-scléreux hypertendus la compression des sinus déclenche des réflexes hypotenseurs normaux et même accrus.

Robert Clément.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Cl. Simon. ***Ulcérations chroniques incurables de la vulve*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. 6, n° 7, Juillet 1935, p. 589-600). — En 1928, Simon et Bralez décrivent sous le nom d'*ulcère chronique simple de la vulve* une ulcération siégeant à la fourchette, arrondie, torpide, saignant facilement, recouverte d'un enduit séro-purulent ou diphtéroïde, entourée de bourrelets durs, indolente, résistant à tous les traitements, notamment antisyphilitiques. Les auteurs considéraient cet ulcère comme consécutif à des traumatismes professionnels répétés, apanage exclusif des prostituées, castrées ou arrivées à la ménopause.

Depuis 1928, on a rattaché certaines de ces ulcérations à la maladie de Nicolas-Favre, en raison de la positivité de la réaction de Frei.

S. a examiné de nouveau 8 malades atteintes d'ulcérations chroniques et incurables de la vulve, dont 2 s'accompagnaient de rétrécissement rectal.

Il s'agissait habituellement d'ulcérations multiples, limitées par un bourrelet cicatriciel très dur, siégeant à la fourchette et en un autre point de la vulve, avec œdème localisé ou éléphantiasis de l'ensemble des organes génitaux.

Les ganglions sont tantôt absents, tantôt durs, mobiles, au nombre de 2, 3 ou 4 de chaque côté.

S. pratiqua sur ces 8 malades la réaction de Wassermann, l'intradermo-réaction d'Ito au Dmelcos et la réaction de Frei. Ces 3 réactions se montrèrent diversement combinées.

Dans 1 cas, Wassermann +, Frei et Ito négatifs. Dans 4 cas, les 3 réactions furent positives; dans 2 cas, Wassermann et Frei +, Ito négatif; dans 1 cas, Wassermann négatif, Ito et Frei +. En d'autres termes, ces malades étaient atteintes 7 fois sur 8 de syphilis, 5 fois sur 8 de chancrelles, et 7 fois sur 8 de maladie de Nicolas-Favre.

Ces ulcérations torpides paraissent donc être un syndrome à étiologie variable et peut-être multiples. En tout cas, la preuve de leur origine exclusivement lymphogranulomateuse n'est pas faite.

R. Burnier.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
(Paris)

D. Routier, J. Cottet et P. Molinghen. ***Contribution à l'étude des fonctions hépatiques au cours de l'asystolie*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition* t. 25, n° 8, Octobre 1935, p. 801-826). — Ce travail entrepris dans le service de Laubry, grâce aux nouvelles méthodes d'exploration, permet de fournir une série d'instantanés hépatiques, au cours de l'évolution de l'insuffisance cardiaque.

Ces examens ont porté sur 35 malades: 31 présentaient des signes d'insuffisance cardio-vasculaire; 4 avaient une cardiopathie indéterminée.

Sur 31 asystoliques, R., C. et M. ont pu constater:

1° Dans 100 pour 100 des cas une augmentation du taux de la bilirubine dans le sérum. Chez le même malade, les variations de la bilirubinémie ont toujours été parallèles à celles de l'état clinique, abaissement par amélioration, élévation par aggravation.

2° Dans 53 pour 100 des cas, la présence de sels biliaires dans le sang. Les variations du taux étaient parallèles à celles de la bilirubinémie. Pas de sels biliaires dans les asystolies prolongées.

3° Dans 94 pour 100 des cas, une épreuve de galactosurie fractionnée anormale, élimination en échelons. Les modifications étaient parallèles aux modifications de l'état clinique et à celles du taux de la bilirubinémie et des sels biliaires.

4° Dans 58 pour 100 des cas, une augmentation de la polypeptidémie, avec élévation de l'azotémie et plus marquée dans les cas d'atteinte rénale.

J. Okinczyc.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(Paris)

Aldo Santellana. *Le syndrome du siroco chez le nourrisson en Tunisie* (*Archives de médecine des enfants*, t. **38**, n° 9, Septembre 1935, p. 517-529). — Analogue au *syndrome du vent du Midi* observé par Mouriquand dans la région lyonnaise, le *syndrome du siroco* a été étudié par S., à Tunis, chez le nourrisson, pendant les mois de Juillet, Août et Septembre 1934.

Ce syndrome est caractérisé essentiellement par une hyperthermie accentuée coïncidant avec la forte élévation de la température extérieure et s'accompagnant de troubles digestifs et nerveux. La durée totale de l'affection est assez courte, de 24 à 48 heures, et l'issue est fatale si l'on n'intervient pas rapidement. D'après les observations de S., ce syndrome présente successivement un stade de *défense*, d'*état* et enfin de *collapsus*. En dehors des cas dramatiques à terminaison mortelle, il en est heureusement d'autres, plus nombreux et bénins, se manifestant par les mêmes symptômes atténués.

Le syndrome du siroco, selon la prédominance des manifestations cliniques, présente plusieurs formes: *forme hyperpyrétique*, *forme gastro-intestinale*, *forme nerveuse*. Cette dernière présente une grande similitude avec l'hémorragie méningée. D'autres fois, les convulsions, se produisant avec une fièvre élevée, peuvent simuler à s'y méprendre le paludisme.

Le traitement est avant tout prophylactique: il faut éviter le surhabillement, tenir l'enfant dans des pièces aérées non exposées au soleil, donner des bains répétés. Lorsque le syndrome est constitué, il faut procéder rapidement à la réhydratation par voie buccale ou sous-cutanée, stimuler le cœur (huile camphrée, adrénaline, digitaline), instituer une balnéothérapie tiède. Le refroidissement des chambres par des blocs de glace est également très recommandable.

G. Schreiber.

L'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE
(Paris)

H. Codet. *Problème actuel de l'hystérie* (*L'évolution psychiatrique*. Fasc. **2**, 1935, p. 1-45). — Si les travaux de Babinski sur l'hystérie restent à peu près intangibles, cet auteur a limité l'étude du terrain sur lequel se développe la névrose, l'élément psychogène qui permet aux accidents de naître à la suggestibilité. Logre range l'hystérie dans la pathologie imaginative et pense que « l'hystérie est non seulement pathologique, mais encore une simulation du pathologique, une fiction inconsciente des signes ». C. pense que cette névrose a son origine essentiellement dans l'affectivité et la considère « comme un mode de réaction psychique, par rapport au milieu extérieur, déterminant un syndrome de revendication affective, en partie inconsciente, tendant à s'exprimer involontairement sous forme de troubles pathologiques manifestes ».

L'hystérie traduirait une insatisfaction profonde, un sentiment de faiblesse devant l'extérieur et le besoin d'effort compensateur; c'est une revendication affective, une éleorexie. Elle s'extériorise, inconsciemment le plus souvent, par la mise en évidence de troubles corporels et donnant à l'intéressé l'illusion de dégager sa responsabilité personnelle.

Le refoulement mal réussi des souvenirs ou de tendances impossibles à supporter expliquerait bien souvent la production des symptômes, leur aspect, le soulagement paradoxal qu'ils procurent au malade, la production d'une enclave psychique.

Les symptômes psychiques sont sincères. L'émotivité est habituelle chez ces malades, mais retentit électivement sur tout ce qui touche aux thèmes refoulés. La suggestibilité n'est pas diffuse, mais elle est aussi élective, simple complaisance destinée à servir la politique de la névrose.

La persistance des symptômes est la conséquence du soulagement et du bénéfice d'intérêt qu'elle apporte au malade; ultérieurement de l'habitude prise.

Affection psychique, l'hystérie peut s'accompagner de troubles somatiques, conséquence possible d'une perturbation fonctionnelle des centres sous-corticaux, libérant des formes d'activité automatique.

Le traitement de l'hystérie est essentiellement psychothérapique. Il peut s'adresser uniquement aux symptômes trop gênants, ou s'attaquer aux sources du conflit affectif qui conditionne leur apparition.

H. Schaeffer.

REVUE DE MICROBIOLOGIE APPLIQUEE
(Paris)

V. Veloppe et Jaubert. *Fromages frais et fièvre ondulante* (*Revue de Microbiologie appliquée*, t. **1**, n° 8, Septembre-Octobre 1935, p. 533-536). — Entre le 13 Janvier et le 20 Février 1935, 12 cas de fièvre ondulante apparaissent à Ollioules et 1 à Sanary (Var). 9 malades ont déclaré avoir mangé des « brousses », fromages frais préparés avec du lait de brebis chauffé. Tous les malades étaient clients d'un même fournisseur. L'enquête vétérinaire a montré que sur 105 animaux d'espèce ovine et 5 caprins, 2 brebis ont succombé à une maladie indéterminée pendant le séjour aux alpages et que deux autres ont avorté. Des prélèvements de sang, faits sur des chèvres, montrent pour l'une d'elles une séro-réaction positive; le lendemain, cette chèvre avorte. 2 brebis et 2 chèvres furent ultérieurement trouvées avoir une séro-agglutination positive pour le mélitocoque.

Il fut fait interdiction au propriétaire du troupeau infecté de vendre du lait non bouilli. La vente de fromages frais ne fut autorisée que sous réserve qu'il serait fabriqué avec du lait porté préalablement à l'ébullition; on a enfin pris des mesures pour interdire de laisser divaguer les chiens. Depuis ces mesures prophylactiques, aucun cas de fièvre ondulante n'a plus été signalé dans la commune d'Ollioules.

De ces faits, on peut tirer la conclusion que: *a*) l'ingestion de fromages frais fabriqués avec du lait de brebis atteinte de mélitococcie transmet la fièvre ondulante; *b*) le chauffage à 80° au moins, pendant 30 minutes, détruit la brucella; c) le contrôle permanent du chauffage du lait étant pratiquement irréalisable, la vente du lait et des fromages non fermentés doit être interdite en cas de mélitococcie.

La collaboration étroite des services médicaux et vétérinaires permet de lutter efficacement contre la contagion brucellique.

Robert Clément.

LE SANG
(Paris)

P. Emile-Weil et P. Isch-Wall. *Les hémorragies utérines sans lésions utérines. Hémorragies de l'hémogénie (Syndromes hémogéniques)* [*Le Sang*, t. **9**, n° 7, Juillet 1935, p. 672-691]. — Dans la vaste diathèse que constitue l'hémogénie, et dont E.-W. et I.-W. étudient tout d'abord la symptomatologie générale et les stigmates sanguins, les métrorragies ou ménorragies occupent une place importante. Elles peuvent en être, à la puberté, le premier symptôme apparent. Au plus faible degré, elles sont représentées par des règles prolongées, ou anormalement abondantes, ou anormalement rapprochées. Ces hémorragies génitales peuvent, chez ces malades, être le point de départ d'autres hémorragies de localisations variées, véritables hémorragies secondes par processus d'hémotrypsie. La suppression des règles (rayons X) peut alors guérir ce syndrome. Par contre, les pertes utérines peuvent faire partie des hémorragies secondes chez les femmes atteintes d'hémotrypsie.

Au cours de leur vie génitale, les hémogéniques peuvent présenter à nouveau les mêmes accidents: règles restant présentes durant la grossesse, métrorragies ménopausiques ou post-ménopausiques. Toute cause de choc humoral est capable de réveiller des hémorragies chez ces instables sanguins.

Mais, à côté des cas où l'hémogénie est évidente, il en est où elle reste fruste et demande à être dépistée.

Enfin, les phénomènes hémogéniques peuvent être même tout à fait localisés à l'appareil génital. Seules existent des métrorragies, récidivantes, tenaces et que toutefois aucune lésion locale ne vient expliquer. C'est alors qu'il est important de rechercher le syndrome sanguin.

Enfin, en dehors de toute question de terrain, des syndromes hémogéniques acquis peuvent apparaître chez les femmes, et se traduire par des métrorragies d'origine hépatique, splénique, médullaire, osseuse ou endocrinienne.

Le traitement doit être avant tout de désensibilisation, l'hémothérapie à petites doses donne d'excellents résultats. Le calcium, l'opothérapie par hématoéthyroïdine ou diiodotyrosine sont préconisés dans certains cas par E.-W. et I.-W. Seuls les cas graves sont justiciables de la splénectomie ou de la stérilisation par rayons X. Au cours même des métrorragies, les extraits mammaires, les divers coagulants trouvent leur emploi, ainsi que, dans les cas d'abondance et de durée exceptionnelle, la transfusion sanguine. Mais celle-ci ne doit être pratiquée qu'avec toutes les précautions que comporte l'instabilité des hémogéniques.

A. Escalier.

A. Krjukof et L. Krilova. *Sur la vitalité des érythrocytes du sang transfusé de cadavre dans le sang des sujets traités* (*Le Sang*, t. 9. n° 7, Juillet 1935, p. 692-696). — K. et K. ont recherché si les érythrocytes du sang de cadavre pouvaient continuer à rester vivants après la transfusion dans l'organisme du récepteur. 3 observations avec étude des érythrocytes par la méthode d'Asby, déjà appliquée au sang de donneurs vivants, ont montré que les globules rouges transfusés peuvent se retrouver jusqu'à 70 jours après; ce fait semble montrer qu'il ne se comportent pas comme de simples éléments étrangers. D'autre part, la transfusion du sang de cadavre n'est pas suivie d'augmentation de la bilirubinémie et de l'urobilinurie, ce qui paraît être aussi une preuve de la survie des érythrocytes du cadavre.

A. Escalier.

G. Karavanoff. I. *Essai sur l'activité phagocytaire des leucocytes du sang conservé.* II. *Activité phagocytaire des leucocytes du sang de cadavre* (*Le Sang*, t. 9, n° 7, Juillet 1935, p. 709-720). — La durée de vitalité des leucocytes polynucléaires du sang conservé pour transfusion a été évaluée en recherchant leur activité phagocytaire. Celle-ci subsiste jusqu'au 5e ou 6e jour, mais elle faiblit progressivement à partir du 2e jour. Ce fait a une importance pratique car, si l'on recherche dans la transfusion un effet bactéricide (maladies infectieuses), il faudra employer du sang frais ou de 48 heures au plus. Le citrate de soude altère sérieusement la capacité phagocytaire, mais elle se retrouve sur les leucocytes préalablement lavés; on peut penser que le sang du récepteur fait subir aux globules blancs du donneur un lavage de même sorte.

Quant au sang de cadavre, ses leucocytes ne présentent d'activité phagocytaire que pendant 11 à 13 heures chez le chien. A ce moment, ce sang correspond à peu près au sang conservé de 5 à 6 jours. La transfusion du sang de cadavre des premières heures peut donc présenter une valeur bactéricide.

A. Escalier.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

U. Putschar. ***Angiomatose du système nerveux central et de la rétine (syndrome de v. Hippel Lindau) avec étude particulière des modifications pancréatiques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 82, n° 27, 5 Juillet 1935, p. 1084-1088). — A la suite des travaux de Lindau qui attirait l'attention sur la coïncidence de kystes angiomateux du système nerveux central avec l'angiomatose rétinienne de Klippel et des anomalies kystiques des organes glandulaires abdominaux, plusieurs cas relatant des faits analogues ont été publiés.

Cependant, l'étude systématique entreprise par P. tend à démontrer qu'une recherche plus précise pourrait mettre en évidence des formations kystiques pancréatiques même dans les cas assez fréquents où on ne constate pas d'anomalies macroscopiques à ce niveau.

Dans 4 cas étudiés, ces altérations kystiques et adénomateuses ont été trouvées à l'examen anatomo-microscopique.

Ces constatations plaident en faveur d'une anomalie ontogénétique à l'origine de ce syndrome.

Des recherches ultérieures demeurent utiles afin d'établir si des formes isolées, frustes, d'angiomatose centrale ou rétinienne ou de kystes pancréatiques, ne pourraient pas exister sans manifestations évidentes, et dans quelle fréquence surviennent ces anomalies isolées ou associées.

Une observation unique démontre la possibilité d'une angiomatose centrale sans lésion rétinienne (chez 2 frères).

Ce syndrome curieux est à mettre en parallèle avec la neuro-fibromatose et la sclérose tubérienne. Dans tous les cas on note des anomalies nerveuses centrales liées à des malformations d'autres organes.

Le nom de Hamartoses a été proposé pour désigner ces divers syndromes dont il serait peut-être possible de rapprocher aussi la syringomyélie.

G. Dreyfus-Sée.

F. Lickint. ***Le cancer bronchique des fumeurs*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 82, n° 31, 2 Août 1935, p. 1232-1234). — La fréquence du cancer paraît faible dans les régions où les mœurs et habitudes des blancs, en ce qui concerne la boisson et le tabac, n'ont pas pénétré. Chez certains peuples, ce n'est pas une question de race ou de climat mais d'hygiène générale et l'absence d'abus de tabac joue peut-être un rôle important.

Des statistiques faites dans des communautés monacales plaident aussi dans ce sens.

On peut également interpréter la fréquence plus grande des cancers des voies respiratoires, de la bouche et du pharynx, chez les hommes fumeurs que chez les femmes.

Enfin l'étude plus spéciale des conditions étiologiques du carcinome bronchique paraît en faveur du rôle néfaste du tabac.

L. considère en conséquence qu'il est indispensable de mener une lutte active contre l'habitude de fumer et ceci en particulier chez les sujets qui paraissent présenter une prédisposition familiale au cancer.

G. Dreyfus-Sée.

M. Hochrein. ***Règles générales de traitement de l'infarctus du myocarde*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 82, n° 38, 20 Septembre 1935, p. 1515-1520). — La mortalité de l'infarctus du myocarde atteint, d'après l'ensemble des statistiques actuelles, 60 à 70 pour 100. Il est donc intéressant d'entreprendre une critique des thérapeutiques, souvent très différentes, qu'on a tenté d'opposer à cette redoutable affection.

L'étude du mécanisme de l'infarctus du myocarde montre que 3 périodes sont à envisager dans la conduite du traitement:

1° Schok, tendance à la fibrillation auriculaire, insuffisance des sécrétions internes et externes déterminant des troubles du métabolisme;

2° Insuffisance cardiaque;

3° Prédisposition à un infarctus myocardique et psychasthénie.

Ces 3 stades sont parcourus plus ou moins rapidement et à des degrés variables par tout malade atteint de thrombose coronarienne, la gravité des symptômes cardinaux dépendant de nombreux facteurs circulatoires et métaboliques.

Or, la thérapeutique de l'infarctus ne saurait être dirigée contre la thrombose coronarienne constituée, mais doit se contenter d'éviter sa formation. Lorsque l'infarctus s'est produit, il ne peut plus y avoir de traitement schématique et l'on doit se préoccuper seulement de résoudre au mieux du malade les problèmes individuels que posent les troubles objectifs et subjectifs constatés.

Les variations des signes cliniques nécessitent une connaissance précise des réactions provoquées par l'obstruction coronarienne au niveau des divers organes. En particulier il faut se souvenir qu'il ne s'agit pas uniquement de phénomènes circulatoires mais que le métabolisme général est fortement troublé.

Le traitement devra tout d'abord atténuer les phénomènes subjectifs pénibles. Contre les douleurs, l'administration d'opiacés à hautes doses est classique. Il semble qu'il soit sage de restreindre ces quantités qui risquent en particulier de déterminer une parésie intestinale avec météorisme et ascension du diaphragme. Il serait préférable d'employer des sédatifs du type des barbituriques qui favorisent la circulation cardiaque.

Le régime, le repos sont très importants. En outre, on donnera des médicaments agissant sur le tonus circulatoire et favorisant la circulation cardiaque (sympathol, caféine, coramine, café, cognac, etc.).

La quinidine, associée aux préparations bromurées ou aux barbituriques et au calcium, agit sur l'excitabilité cardiaque afin de prévenir la mort subite par fibrillation auriculaire.

L'insuffisance cardiaque sera combattue par le strophantus et la digitale.

Enfin, il importe de maintenir le malade au repos durant un temps assez prolongé, même alors qu'il se sent bien et demande à reprendre son activité. En outre, le traitement des troubles des sécrétions internes et externes mérite une place à part dans ces règles générales de thérapeutique prophylactique.

G. Dreyfus-Sée.

Hassmann. ***Le problème de l'étiologie microbienne de l'ictère catarrhal*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 82, n° 38, 20 Septembre 1935, p. 1520-1522). — Dans une série de cas d'ictères de nourrissons et d'enfants, il a été possible de mettre en évidence dans les selles des jeunes malades des para-colibacilles, dont le rôle étiologique a été confirmé par les résultats des recherches d'agglutination.

Les observations cliniques, ainsi que les recherches bactériologiques, semblent montrer que l'infection exogène n'est pas seule en cause dans ces manifestations pathologiques. Dans des conditions encore inconnues il pourrait s'agir d'une infection endogène, c'est-à-dire que des colibacilles non pathogènes seraient susceptibles de se transformer *in situ* en paracolibacilles nocifs.

G. Dreyfus-Sée.

G. Tillmann. ***Dix années de traitement des congestions pulmonaires par l'auto-hémothérapie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 82, n° 40, 4 Octobre 1935, p. 1604-1607). — Les congestions pulmonaires constituent des complications redoutables post-opératoires vis-à-vis desquelles nombre de traitement préventifs et curatifs ont été préconisés. Les pneumonies grippales, en particulier en 1918, ont été l'occasion de recherches thérapeutiques nouvelles.

Depuis 1925, à la suite d'un essai favorable, T. utilise l'autohémothérapie et la considère comme un traitement de choix des formes sévères.

Il injecte chez les adultes, dans la cuisse, 50 à 60 cmc de sang prélevé au bras en ayant soin de changer l'orientation de son aiguille intramusculaire à plusieurs reprises pour ne pas introduire une trop grande quantité de sang au même point. Chez les nourrissons une dose de 5 cmc paraît suffisante et elle peut être prélevée dans la jugulaire..

Le traitement doit être institué précocement. Grâce à cette thérapeutique, T. a obtenu depuis 10 années des résultats nettement supérieurs à ceux qu'il avait notés durant les 30 premières années de sa pratique médicale.

G. Dreyfus-Sée.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN

(Leipzig)

B. Purjesz, M. Csajaghy, Kl. Horvath et **E. Csinady.** ***Pathogénèse de l'asthme cardiaque*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 178, n° 1, 23 Juillet 1935, p. 20-37). — L'accès d'asthme cardiaque est généralement attribué à des phénomènes mécaniques, à une faiblesse du ventricule gauche, à la disparition d'un certain réflexe vasoconstricteur du poumon, à un trouble des échanges hydriques, à certaines influences nerveuses, etc. C'est ce qui a amené P. et ses collaborateurs à instituer des recherches pour savoir dans quelle mesure un trouble de l'appareil vasomoteur du poumon accompagné ou non d'une dilatation cardiaque secondaire constitue l'élément primitif de l'asthme cardiaque.

La méthode a consisté à soumettre des lapins à un traitement de cholestérine et de vitamine D de manière à faire apparaître des lésions athéroscléreuses très caractérisées puis, étant donné qu'en cas d'aortite syphilitique, des crises d'asthme cardiaque sont souvent observées sous l'influence d'un traitement au néosalvarsan, à injecter à ces animaux une préparation de néosalvarsan d'argent donnant des solutions colloïdales relativement grossières.

L'injection de ce médicament provoque dans tous les cas, chez les animaux athéroscléreux, une dyspnée d'intensité variable, avec inquiétude motrice, tremblement, etc. Ces symptômes sont transitoires ou se poursuivent jusqu'à la mort qui survient douze à quinze minutes plus tard ou qui fut artificiellement déterminée.

Dans 65 pour 100 des cas, on a remarqué de l'athérosclérose de l'aorte et des artères viscérales. Quelques animaux ont en outre présenté également de l'athérosclérose spontanée et quand ces lésions d'athérosclérose étaient sévères, il a été noté une hypertrophie marquée du ventricule gauche avec, le plus souvent, une dilatation du ventricule droit dont les parois étaient atoniques. Dans les 2/3 des cas, l'administration de néosalvarsan


MALADIES INFECTIEUSES
1 à 4 Ampoules par jour de
Lantol
Rhodium colloïdal électrique
GRIPPES
Septicémies
Pneumonies
Typhoïdes
Paludisme
Etc.
Laboratoires COUTURIEUX, 18, Avenue Hoche, PARIS

d'argent a déterminé une augmentation immédiate de l'ombre du cœur constatable aux rayons Roentgen surtout en cas d'altération pathologique sévère du système circulatoire. Dans 22 pour 100 des cas cependant, les diamètres du cœur n'ont pas été modifiés et dans 13 pour 100 des cas, il ont été diminués.

Le médicament s'est retrouvé principalement dans les capillaires des poumons en dépôts d'autant plus massifs et étendus que les altérations athérosclérotiques étaient plus accentuées. On en a trouvé aussi, quoique à un moindre degré, dans les coronaires, les reins, le foie et le cerveau.

Il a été également constaté une stase pulmonaire dans 59 pour 100 des cas. L'électrocardiogramme a enfin montré que l'augmentation du rythme respiratoire s'accompagnait d'une accélération du rythme cardiaque. Le plus souvent, il y avait arythmie par extrasystole. Mais les lésions myocarditiques étaient modérées.

Ainsi, après injection intraveineuse, chez des animaux atteints de lésions athéroscléreuses sévères, d'une substance agissant fortement sur les capillaires, on a constaté une dilatation sévère de l'aire capillaire des poumons avec embolies très abondantes. En même temps, les diamètres du cœur étaient très augmentés transversalement et parfois aussi longitudinalement. Ce sont là des phénomènes très analogues à ceux qui s'observent sous l'influence du phosgène dans lesquels il est possible que le colloïde employé ait manifesté une action toxique sur les terminaisons nerveuses. Dans ces conditions, les crises d'asthme cardiaque chez l'homme surviennent vraisemblablement sous l'influence d'histamine ou des substances histaminoïdes provenant de la peau et fabriquées pendant le sommeil du fait de la suppression des fonctions du vague, syndrome au cours duquel on peut parler d'une saignée dans la petite circulation, comme on parle de saignée dans l'aire splanchnique en cas de choc.

P.-E. Morhardt.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Zitzke et **Peters**. ***Le traitement diététique de l'eczéma; son influence sur la formule sanguine, la réserve alcaline et le quotient K/Ca*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 24, 15 Juin 1935, p. 669-674 et n° 25, 22 Juin 1935, p. 697-702). — Les dermatologistes accordent une grande importance au régime alimentaire dans le traitement des dermatoses. On connaît les succès du régime sans sel de Gerson-Sauerbruch-Hermannsdorfer dans les affections tuberculeuses de la peau.

Z. et P. ont étudié, chez 38 malades atteints d'eczéma et de psoriasis (6 cas), les effets d'un régime sans albumine, riche en hydrates de carbone et en graisses, pauvre en sel (2 gr. de sel par jour).

Les aliments défendus sont la viande de toute sorte, les poissons, volailles, les soupes artificielles (type Maggi), le lait, le macaroni, les nouilles, le pain blanc.

Les aliments tolérés en petite quantité sont le pain sans sel, le pain de seigle, le biscuit, le café, thé, cacao, miel, bière, vin rouge.

Le psoriasiques reçurent une alimentation pauvre en graisses (10 à 20 gr. de graisses par jour, y compris la graisse employée à la préparation des aliments).

Sous l'influence de ce régime, le *nombre des leucocytes* augmenta de 26 à 61 pour 100 chez 25 eczémateux et 6 psoriasiques; dans 3 cas, le chiffre demeura normal, et dans 4 cas, il diminua de 10 pour 100.

Les *éosinophiles* augmentèrent chez 17 eczémateux de 6 à 27 pour 100; ils demeurèrent normaux chez les 21 autres malades.

La réserve alcaline est ordinairement augmentée dans l'eczéma et le psoriasis : 59,6 pour 100 à 73,9 pour 100 au lieu du chiffre normal de 46-55 pour 100; sous l'influence du régime, le chiffre s'éleva jusqu'à 78,6 pour 100 et demeura dans tous les cas au-dessus de 60 pour 100.

La teneur en *potassium* du sang est normale dans l'eczéma et le psoriasis : 18-20 milligr. pour 100, il en est de même du *calcium* (10-12, 8 milligr pour 100) ; dans 3 cas seulement d'eczéma chronique récidivant et généralisé, le taux monta au-dessus de 13 milligr. pour 100.

Le régime fit monter dans 19 cas le taux du potassium jusqu'à 31,4 pour 100. Quant au taux du calcium, il s'éleva dans 10 cas, s'abaissa dans 12 cas et demeura stationnaire dans les autres cas.

Le *quotient du K/Ca*, qui est normal dans l'eczéma et le psoriasis (1,7-2,15), augmenta dans 25 cas, s'abaissa dans 12 cas, demeura stationnaire dans 1 cas.

Cette cure influença favorablement les cas d'eczéma et de psoriasis traités par ce régime.

R. Burnier.

S. Lomholt. ***Le traitement du lupus érythémateux par l'antiléprol*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 27, 6 Juillet 1935, p. 817-828, avec 12 fig.). — Les résultats favorables et inattendus obtenus dans le traitement des sarcoïdes de Boeck, du mycosis fongoïde, par l'antiléprol incitèrent l'auteur à l'employer dans d'autres dermatoses; les résultats furent négatifs dans le psoriasis, variables dans le lupus vulgaire.

L. traita par cette méthode 31 cas de *lupus érythémateux* : 16 hommes et 15 femmes, atteints de lésions anciennes et très marquées.

La plupart des malades reçurent une injection par jour, les autres 2 ou 3 injections par semaine. Le plus souvent, on fit des injections intraveineuses à la dose de 1-2 cmc ; l'injection intramusculaire se fait à la dose de 1 cmc, il est bon d'y ajouter un anesthésique, car elle est douloureuse; on fit parfois en même temps une injection intraveineuse et une injection intramusculaire.

Le nombre des injections varia entre 8 et 62; il fut en moyenne de 28.

On nota parfois une fièvre élevée, mais passagère, de la céphalée, des troubles pulmonaires subjectifs fugaces.

On utilisa en même temps, dans 5 cas invétérés, les rayons Finsen, et dans 2 cas la neige carbonique.

La guérison fut obtenue dans 11 cas, une très grande amélioration dans 12 cas, une amélioration dans 7 cas, un échec dans 1 cas.

L'action est très nette sur l'infiltration et l'hyperkératose. Quand celle-ci est très marquée, il faut en même temps recourir au Finsen ou à la neige carnique.

R. Burnier.

Ehlers. ***Epidermolyse bulleuse héréditaire*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 39, 28 Septembre 1935, p. 1207-1211). — L'hérédité joue un rôle dans nombre de dermatoses: psoriasis, ichtyose, kératodermie palmo-plantaire, porokératose de Mibelli, maladie de Darier, adénome sébacé, syringocystadénome, naevi, neurofibromatose et enfin épidermolyse bulleuse.

E. rapporte un cas de cette affection chez un garçon de 10 mois et il put retrouver la maladie jusqu'à la troisième génération.

Sur 120 cas recueillis dans la littérature, E. trouva mentionnée l'hérédité dans 36 observations: 19 dans 2 générations, 10 dans 3 générations et 7 dans 4 générations.

L'affection débute surtout entre 3 et 20 ans, plus rarement avant 3 ans, très rarement après 35 ans.

L'épidermolyse bulleuse s'observe chez tous les peuples et dans toutes les races; on compte 3 hommes pour 2 femmes.

Certains auteurs ont incriminé la sanguinité ; dans les 36 cas où la maladie remontait à plusieurs générations, ce facteur faisait défaut.

Il s'agit habituellement d'une affection bénigne ; les cas mortels sont l'exception.

R. Burnier.

Takeo Ishibashi. ***Adénopathie tuberculeuse généralisée avec tuberculide psoriasiforme due au bacille de la tuberculose aviaire*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 39, 28 Septembre 1935, p. 1212-1216). — Un homme de 37 ans était atteint depuis trois ans d'une lésions cutanée chronique, étendue à tout le corps, rappelant le pitysriasis lichenoïdes chronica, avec adénopathie généralisée.

D'un ganglion axillaire hypertrophié, on retira un bacille acido-résistant dont la morphologie et les propriétés culturelles furent identiques au bacille de la tuberculose aviaire; ce bacille, inoculé à la poule, se montra fortement pathogène.

Une intradermo-réaction de Mantoux faite avec le bacille de la tuberculose aviaire fut très positive et une ulcération apparut au point d'injection.

On pratiqua les mêmes réactions avec des cultures de tuberculose humaine et bovine et d'autres races de tuberculose aviaire, y compris celle qui fut isolée chez le malade ; celles-ci se montrèrent plus faiblement positives. Ces inoculations intradermiques avec divers antigènes et l'injection sous-cutanée de vieille tuberculine entraînèrent une réaction générale et une exacerbation aiguë de l'éruption cutanée.

Le régime de Gerson-Sauerbruch-Hermannsdorfer fut suivi de succès.

R. Burnier.

MITTEILUNGEN
AUS DEN GRENZGEBIETEN
DER MEDIZIN und CHIRURGIE
(Iéna)

A. S. Kosdoba et **J. A. Schtscherbina**. ***Guérison osseuse et thyroïde*** (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, t. **44**, n° 1, 2 Août 1935, p. 78-92). — Pour déterminer le rôle de la thyroïde dans la production du cal, il a été procédé par K. et S. à 92 expériences sur des rats et sur des lapins. La méthode a consisté à enlever la thyroïde. Une fracture artificielle fut pratiquée soit en même temps que cette opération, soit avant, soit encore après.

Les résultats de ces recherches ont montré que la thyroïde joue un rôle considérable dans la régénération des divers tissus et plus spécialement dans celle du tissu osseux. Après ablation totale ou résection partielle, on constate, en effet, un ralentissement de la production du cal. La fixation des sels de chaux par le tissu ostéoïde jeune est vraisemblablement diminuée. Cependant, on ne constate pas parallèlement de modification importante du calcium du sang. Inversement, la production du cal est plus rapide lorsqu'il a été procédé à une ou plusieurs greffes sucessives de glande thyroïde.

On a cherché, d'autre part, à augmenter la teneur en calcium des organes des animaux d'expérience par divers procédés et notamment par homotransplantation d'un fragment osseux, par injection de poudre d'os ou de chlorure de calcium, etc. L'analyse des résultats ainsi obtenus montre qu'il y a un certain degré d'indépendance entre la régénération osseuse et les échanges minéraux de l'animal d'expérience. Néanmoins, au cours de processus d'ostéogénèse, les échanges minéraux ne sont pas seuls en jeu. En effet, l'administration des sels de calcium a une action moins marquée que l'administration simultanée de glande thyroïde et de sel de calcium. Ce fait est observé quand il y a résection partielle ou totale de la thy-

roïde. Il faut donc bien admettre que la thyroïde active l'évolution du tissu ostéoïde dans la fixation des sels minéraux par ce tissu. De plus, elle transforme le calcium administré en calcium actif, ce qui permet à celui-ci de devenir le meilleur des ingrédients capables de contribuer à la production de nouveau tissu osseux.

P.-E. Morhardt.

REVISTA MEDICA DE BARCELONA

J. Munoz Arbat et **P. Piulachs.** ***Traitement des arthrites déformantes par l'acétyl-choline*** (*Revista Medica de Barcelona*, t. **12**, n° 137, Mars 1935, p. 388-394). — La vaso-dilatation favorise la décalcification des os, dont le calcium, mobilisé, assombrit les images radiologiques articulaires. Tout traumatisme détermine une telle vaso-dilatation, par réflexe vaso-moteur, à point de départ articulaire, qui permet la réparation.

M. et P. tentent d'obtenir un résultat analogue dans les arthropathies non traumatiques, en déterminant une vaso-dilatation thérapeutique par des injections d'acétyl-choline.

Ils rapportent 7 observations.

Résultats très favorables et constants. Les douleurs disparaissent d'ordinaire dès la 3e ou 4e injection. Les contours des images articulaires reprennent bientôt leur netteté. Aucun trouble secondaire n'a été constaté.

L'acétyl-choline est administrée en injections intra-musculaires de 20 centigrammes, un jour sur deux.

d'Heucqueville.

REVISTA ESPANOLA DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO Y DE LA NUTRICION (Barcelone)

Santiago Carro. ***Ulcère gastrique et nitrogénémie*** (*Revista espanola de las enfermedades del aparato digestivo y de la nutricion*, t. **1**, n° 4, Avril 1935, p. 243-250). — La rétention nitrogénique, par troubles rénaux, détermine des syndromes de gastrite, d'hyperchlorhydrie, et même d'ulcus.

S. C. rapporte l'observation d'un homme de 64 ans, diabétique. Gastralgies et vomissements, en imposant pour un ulcère de la petite courbure. Après l'examen radiologique, on décide de pratiquer une gastrectomie.

Mais on découvre une azotémie élevée, 1 gr. 27 par litre. L'on impose au malade un régime de néphrite chronique. L'azotémie diminue rapidement. En même temps, les troubles gastriques s'amendent et l'opération projetée, devenue inutile, n'est pas pratiquée.

d'Heucqueville.

ANNALS OF SURGERY (Philadelphie)

L. Levin. ***Le traitement de l'asthme bronchique par la sympathectomie dorsale*** (*Annals of Surgery*, t. **102**, n° 2, Août 1935, p. 161-170). — Les travaux modernes ont montré que le pneumogastrique n'est pas, comme on le croyait, le nerf constricteur des muscles bronchiques, mais que ce rôle est dévolu au sympathique. L'asthme étant constitué par la contraction spasmodique des muscles bronchiques, la sympathectomie dorsale a une action double : d'une part en supprimant les fibres sensitives, et par conséquent la moitié de l'arc réflexe; d'autre part en détruisant les nerfs constricteurs, échelonnés du deuxième au sixième ramus dorsal.

Cette sympathectomie peut avoir lieu par divers procédés : 1° sympathectomie antérieure par la méthode de Royle ; 2° sympathectomie postérieure par la méthode de Adson ; 3° section postérieure des rami par la méthode de Leriche ; 4° destruction des rami par l'injection d'alcool absolu ; 5° destruction de la partie supérieure du tronc ganglionnaire thoracique par injection d'alcool absolu, faite au niveau du col de la quatrième côte.

C'est à ces deux dernières méthodes que L. donne la préférence. Il a traité 23 malades par les injections d'alcool absolu, et obtenu 75 pour 100 de guérisons complètes, avec des degrés variés d'amélioration dans les autres cas. La perforation de la plèvre n'a été observée que dans 3 cas et n'a entraîné aucune conséquence sérieuse.

M. Guimbellot.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

L. G. Rowntree, J. H. Clark et **A. M. Hanson.** ***Effets biologiques de l'extrait de thymus (Hanson) ; accélération de la croissance et du développement dans cinq générations successives de rats soumis au traitement continu par l'extrait thymique*** (*Archives of internal Medicine*, t. **56**, n° 1, Juillet 1935, p. 1-29). — L'extrait thymique préparé par Hanson en partant du thymus de jeunes veaux s'est montré actif. En injection intrapéritonéale chez le rat, il accélère le rythme de la croissance et du développement; il hâte l'apparition de l'adolescence chez les animaux qui se trouvent au voisinage de cette période, mais il n'exerce pas d'effet notable chez les nouveau-nés.

Le traitement des parents accroît légèrement le nombre et la taille des petits ainsi que le poids de naissance des jeunes. Les effets biologiques les plus frappants s'observent chez les rejetons des générations successives de rats traités de façon continue par l'injection intrapéritonéale de thymus : on note une accélération croissante de la croissance et du développement, en particulier la précocité de l'apparition des dents et de la fourrure, de l'ouverture des yeux, de la descente des testicules et de la béance du vagin. Alors que cette précocité faisait défaut dans les premières portées des parents traités à la première génération, elle se manifesta dans les portées ultérieures et de façon de plus en plus marquée avec les générations successives traitées par le thymus. Mais l'interruption du traitement pendant une génération annulait les effets de l'administration antérieure, malgré que le traitement ait été continué pendant plusieurs générations.

De plus, l'extrait thymique semble augmenter la fécondité. Les rats traités avaient toutes les apparences d'une excellente santé. Toutefois, des doses excessives d'extrait se montrent toxiques et peuvent provoquer la dissociation auriculo-ventriculaire et le blocage du cœur.

P.-L. Marie.

P. Shambaugh. ***Etude expérimentale des modifications circulatoires dans l'angine de poitrine*** (*Archives of internal Medicine*, t. **56**, n° 1, Juillet 1935, p. 59-77). — S. a cherché à élucider le rôle que jouent les modifications du rythme du cœur et de la pression artérielle dans les accès d'angine de poitrine. Il a réalisé une ischémie ménagée de la circulation coronarienne en passant un fil de soie autour de la branche descendante antérieure de la coronaire gauche, fil traversant le péricarde et la paroi thoracique dans une gaine de verre et sur lequel une traction graduée pouvait être exercée.

Quand on détermine ainsi une gêne mécanique de la circulation coronaire chez des chiens non anesthésiés, on provoque une réaction typique constante traduisant indubitablement une douleur qui se manifeste par des gémissements et du raidissement des membres antérieurs ainsi que par des modifications du tracé respiratoire. La douleur produite ne cause pas d'élévation significative de la pression artérielle. D'autre part, on peut précipiter la réaction douloureuse en élevant la pression artérielle au moyen d'une injection intraveineuse d'adrénaline, en présence d'une constriction minimale des vaisseaux coronaires. Ces constatations expérimentales viennent à l'appui de l'opinion clinique qui voit dans l'élévation de la pression artérielle souvent observée dans l'angine de poitrine plutôt la cause que le résultat de la crise. La tachycardie pourrait jouer un rôle analogue, mais S. a été incapable de le prouver expérimentalement par l'injection d'atropine.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

A. F. Coburn et **R. H. Pauli.** ***Recherches sur la réaction d'immunité des rhumatisants et sur ses rapports avec l'activité du processus rhumatismal. I. Détermination du taux de l'antistreptolysine. — II. Observations sur une épidémie de grippe suivie d'infections à streptocoque hémolytique dans une collectivité isolée de rhumatisants. — III. Observations sur les réactions d'un groupe de rhumatisants à une infection épidémique causée par un streptocoque hémolytique d'un type unique*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. 62, n° 2, Août 1935, p. 129-179). — Le but de ces recherches est d'attirer l'attention sur les relations étroites existant entre le développement de la réaction d'immunité à l'infection par le streptocoque hémolytique et l'explosion des manifestations rhumatismales chez les sujets susceptibles.

La première partie est consacrée à la technique de mesure du taux de l'antistreptolysine du sérum, taux qui est très élevé chez les convalescents d'infections respiratoires à streptocoques hémolytiques, mais surtout chez les rhumatisants (200 unités et davantage), alors que le taux de l'antistreptolysine oscille autour de 50 unités chez les sujets normaux.

La seconde partie concerne l'étude d'un groupe isolé d'enfants atteints de cardiopathies, tous rhumatisants, sauf un. Beaucoup d'entre eux hébergèrent dans leur gorge une souche de streptocoque hémolytique pendant l'hiver 1934; ce germe ne produisait pas de toxine décelable et n'était pas associé à des affections respiratoires. 4 sujets contractèrent la varicelle durant les mois d'hiver; aucun d'entre eux ne présenta de récidive de rhumatisme. Tous les enfants étaient bien portants le 1er Mars. Une épidémie grave de grippe débuta le 22 Mars. Tous les enfants, à l'exception de 6, furent atteints et l'on put isoler le virus filtrant responsable de l'épidémie. Cet agent pathogène ne réactiva pas le processus rhumatismal. Une épidémie d'infections streptococciques lui succéda et le virus grippal sembla faciliter sa diffusion. On ne peut remonter à la source de ces infections; elles relevaient d'un type unique de streptocoque hémolytique produisant une toxine puissante, très pathogène pour la souris et dont les caractères culturaux, biochimiques et sérologiques différaient de ceux de la souche rencontrée chez les porteurs du streptocoque mentionné ci-dessus.

Or, sur 17 sujets infectés par le streptocoque épidémique, 14 rhumatisants présentèrent du rhumatisme articulaire aigu; seuls deux rhumatisants et un malade atteint d'affection congénitale du cœur y échappèrent. Ces 14 manifestations rhumatismales s'accompagnèrent d'une ascension du taux de l'antistreptolysine du sérum, concomitante du début des symptômes. Dans 4 de ces atteintes il fut

possible d'exclure la grippe comme facteur causal. L'observation clinique et les constatations bactériologiques et immunologiques indiquent que cette grave explosion de rhumatisme articulaire aigu était due au streptocoque hémolytique qui appartenait à un type unique.

Par contre, parmi les 7 enfants qui échappèrent à l'infection streptococcique épidémique, aucun ne présenta de symptômes de rhumatisme. Ce fait montre que des sujets susceptibles à l'infection rhumatismale peuvent vivre au contact d'une épidémie de rhumatisme aigu sans présenter d'élévation du taux de l'anti-streptolysine du sérum, tout en gardant une excellente santé.

Le patient atteint de cardiopathie congénitale prouva qu'un sujet non rhumatisant peut être infecté par une souche très virulente de streptocoque hémolytique et présenter une réaction immunologique typique, tout en échappant aux manifestations rhumatismales.

Les 2 sujets qui, bien qu'infectés par la souche épidémique, ne présentèrent pas de réaction immunologique, ne furent pas atteints non plus de récidive de rhumatisme.

Les conditions de milieu, d'alimentation, d'âge, etc., etc. parurent dénuées d'importance à l'égard de cette explosion de rhumatisme articulaire aigu. 3 facteurs semblèrent déterminer le développement de ces 14 récidives : l'infection par un agent très virulent, la susceptibilité propre de chacun des rhumatisants et l'intensité de la réaction immunologique du patient se traduisant par l'élévation du taux de l'antistreptolysine. Le fait que 7 sujets échappèrent à l'infection streptococcique hémolytique rend compte de l'absence de récidive rhumatismale parmi eux.

P.-L. Marie.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

C. Faelli. ***Les enfants des diabétiques*** (*La Riforma medica*, t. **51**, n° 17, 27 Avril 1935, p. 623-625). — Ayant étudié la descendance de 50 diabétiques, F. confirme la fréquence de l'hérédité diabétique directe, qu'il a retrouvée dans 42 pour 100 des cas; il insiste sur l'égale fréquence d'une hérédité pancréatique hétérologue se traduisant par une constitution hypoglycémique hyperthymo-pancréatique et ayant une influence considérable sur l'équilibre vago-sympathique de ces sujets qui sont des vagotoniques et ont toutes les prédispositions morbides correspondantes; on observe aussi avec un pourcentage appréciable, chez les descendants des diabétiques, la mort thymique, des anomalies du développement (obésité ou gracilité) ou la tuberculose.

Lucien Rouquès.

A. Guerricchio. ***Observations cliniques et statistiques sur les leishmanioses viscérales et cutanées en Lucanie*** (*La Riforma medica*, t. **51**, n° 17, 27 Avril 1935, p. 626-630). — G. a observé dans la province de Matera, en Lucanie, 12 cas de kala-azar depuis 1929 chez des sujets de 11 mois à 19 ans; ces cas étaient tous autochtones et ont été observés dans tous les points de la province où les phlébotomes abondent; le nombre des cas ne traduit pas la fréquence réelle de l'affection, les parents croyant à du paludisme et ne conduisant pas leurs enfants au médecin; la guérison a été obtenue en 2 ou 3 mois par le tartre stibié intraveineux, même lorsqu'il y avait des lésions hépatiques ou rénales en activité; au-dessous de 5 ans, G. a employé avec de bons résultats les préparations organiques d'antimoine par voie intramusculaire.

Le bouton d'Orient est également fréquent dans toute la province : 24 cas depuis 1930 chez des sujets de 4 à 72 ans; il siège toujours sur la face, parfois aussi sur les membres; le tartre stibié intraveineux, en prolongeant le traitement pendant 2 ou 3 mois ou plus, le guérit à coup sûr avec une cicatrice presque invisible; dans un cas, l'électrocoagulation a donné de bons résultats; dans un autre, le radium employé en raison de l'âge avancé a laissé une cicatrice peu esthétique; les injections locales d'émétine suivant la technique de Photinos ont amené dans un cas une guérison rapide, mais au prix d'une violente réaction inflammatoire qui empêche d'appliquer cette méthode à la généralité des cas.

Lucien Rouquès.

G. Lami. ***L'électrocardiogramme après hyperpnée*** (*La Riforma medica*, t. **51**, n° 18, 4 Mai 1935, p. 663-667). — L. a étudié, chez 25 sujets normaux de 14 à 45 ans, l'effet de 5 minutes d'hyperpnée sur l'électrocardiogramme; cet effet se présente sous un type constant, ne différant d'un sujet à l'autre que par son intensité : diminution nette de la hauteur du complexe ventriculaire et surtout de l'onde T, sans variation sensible de P; modifications de la durée des espaces PR, ST et TP dépendant uniquement de la tachycardie parfois observée au cours de l'épreuve; l'abaissement de R et de T ne se constate guère qu'en D1 et D2; son degré varie d'un cas à l'autre; il n'a manqué que dans 3 cas où l'hyperpnée n'avait sans doute pas été assez intense; en poursuivant l'hyperpnée pendant 10 minutes au lieu de 5, les modifications de l'électrocardiogramme ne s'accentuent pas; elles disparaissent 5 à 10 minutes après la fin de l'épreuve; elles n'ont aucun rapport avec les variations éventuelles de la fréquence du rythme cardiaque.

L'électrocardiogramme présente des modifications semblables au cours des respirations forcées et aussitôt après le travail musculaire; toutes ont la même cause; chaque augmentation de l'activité du diaphragme accroît son tonus et produit ainsi une déviation passagère de l'axe électrique du cœur.

Lucien Rouquès.

F. Kulcsar. ***L'importance de la percussion du crâne suivant la méthode de Benedek*** (*La Riforma medica*, t. **51**, n° 20, 18 Mai 1935, p. 745-755). — K. rapporte 8 cas de tumeurs cérébrales qui montrent que la percussion du crâne suivant la méthode de Benedek est susceptible d'indiquer par la différence du son de percussion au point de projection de la tumeur sur le crâne et au point symétrique la localisation de la néoplasie; les tumeurs profondes par l'œdème cérébral qui les entoure modifient le son de percussion aussi bien que les tumeurs corticales; il faut s'assurer qu'il n'y a pas une lésion osseuse susceptible à elle seule de donner une percussion anormale; cette méthode paraît donc utile d'autant plus qu'elle est évidemment inoffensive; malheureusement, l'appareillage de Benedek est assez compliqué puisqu'il comprend un appareil percuteur avec un mécanisme permettant de régler la force et la fréquence de la percussion et un appareil destiné à recueillir le son plessimétrique constitué par un pick-up et un amplificateur de son, ce dernier appareil remplaçant le phonendoscope d'abord utilisé.

Lucien Rouquès.

RIVISTA DI MALARIOLOGIA
(Rome)

G. Ascione et **E. Mariotti.** ***Expériences de transmission de l'infection palustre avec des filtrats de liquide céphalo-rachidien de paludéens spontanés*** (*Rivista di malariologia*, t. **14**, n° 1, 1935, p. 1-18). — A. et M. ont déjà transmis le paludisme avec des filtrats de liquide céphalo-rachidien de sujets soumis à la malariathérapie; on pouvait se demander si les *plasmodium* des malariés n'avaient pas subi une adaptation spéciale par leur longue vie asexuée et leurs nombreux passages d'homme à homme; les nouvelles expériences d'A. et M. ont eu pour but de résoudre cette question; ils ont injecté, à des mentaux (paralytiques généraux, déments précoces), des filtrats de sang ou de liquide céphalo-rachidien de sujets atteints de paludisme spontané à *Pl. falciparum* ou *Pl. vivax;* les prélèvements étaient faits pendant ou entre les accès; dans 5 cas sur 10, les filtrats ont provoqué chez des non paludéens un syndrome ayant les caractères du paludisme, mais avec des accès moins intenses; l'incubation a varié de 10 à 15 jours, et la quinine a rapidement fait disparaître le syndrome; les *plasmodium* n'ont pas pu être mis en évidence chez les sujets inoculés.

Il est plus facile de reproduire le syndrome avec le matériel récolté entre les accès qu'avec celui qui est prélevé en pleine fièvre; on réussit plus souvent la transmission avec les filtrats de liquide (2 cas sur 2) qu'avec les filtrats de sang (3 cas sur 9); les passages successifs du *Pl. vivax* chez l'homme rendent ce parasite plus facilement filtrable et apte à reproduire les formes endoglobulaires classiques.

Lucien Rouquès.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

G. Marinesco et **C. Vasilesco.** ***Un cas de méningopathie colibacillaire simulant le tableau clinique d'une méningite cérébrale*** (*Romania medicala*, t. **13**, n° 12, 15 Juin 1935, p. 159-160). — Le colibacille, outre une endotoxine thermostabile entéro- et hépatotrope, possède une exotoxine thermolabile, neurotrope capable de provoquer des troubles mentaux. On a noté, au cours de la colibacillose, divers symptômes d'ordre neuro-humoral : l'asthénie, la céphalée, les changements de caractère.

Baruk a décrit les psychoses colibacillaires, reproduites aussi expérimentalement avec somnolence puis agitation violente, guéries par le sérum anticolibacillaire de Vincent. Strominger, dans une monographie sur la colibacillose (*Masson*, 1935), décrit des cas de sciatique rebelle au cours de la colibacillose, guéris par le vaccin. Heitz-Boyer, Roux et Lemaire, M.-P. Weil ont décrit des polynévrites, et Baruk a décrit l'hyperexcitabilité labyrinthique.

Certains auteurs, comme Laignel-Lavastine, H. Hoven croient que la colibacillose constituerait une complication chez les psychopathes qui présentent presque toujours une stase stercorale. On ne peut pas nier, aujourd'hui, le fait toxi-infectieux en pathologie nerveuse.

M. et V. citent l'observation d'un cas de méningopathie simulant cliniquement, à tous points de vue, une méningite cérébrale, sans réactions méningées, à évolution favorable; l'uroculture était positive (colibacille). Le traitement par l'urotropine, un vaccin anticolitique et par le sérum anticolibacillaire Cantacuzène fut suivi de guérison.

Henri Krauter.

J. J. Nitesco et **D. Timus.** ***La paraldéhyde dans le traitement du tétanos*** (*Romania medicala*, t. **13**, n° 17, 1er Septembre 1935, p. 213-215). — La paraldéhyde a une action anticonvulsive remarquable sans provoquer des troubles dans la physiologie de l'organisme. Elle constitue une méthode simple, mais efficace quand l'on intervient à temps, dans le traitement du tétanos, dont la thérapeutique fondamentale reste la sérothérapie. La sérothérapie est grandement aidée par l'action de la paraldéhyde qui supprime les accès convulsifs et qui mobiliserait la toxine fixée sur le système nerveux.

La paraldéhyde n'a aucune action nocive sur les

organes; le sommeil qu'elle provoque dure de 4 à 10 heures. Le trismus disparaît rapidement entre la disparition des convulsions et le sommeil et l'on peut alimenter le malade.

On injecte la paraldéhyde par la voie intra-veineuse ou rectale; on emploie une solution à 6 ou 8 pour 100 glucosée, à 56,6 pour 1.000, stérilisée. On emploiera des mélanges préparés extemporanément avant les injections. Les doses à injecter, suivant la gravité des cas, varient de 0,15 à 0,30 gr. par kilogramme de poids. Si la voie intra-veineuse ne peut être employée, on injectera dans le rectum, le plus haut possible à l'aide d'une sonde de Nélaton. Si le sommeil ne dure que 3 à 4 heures, on peut injecter la paraldéhyde deux fois par jour.

Le sérum antitétanique sera injecté avant, pendant ou immédiatement après la paraldéhyde.

Le Clerc admet que la paraldéhyde déplace la toxine fixée sur le sytème nerveux qui est ensuite détruite par le sérum avec beaucoup plus de succès (J. Courmont).

N. et T. préconisent des solutions *glucosées* de paraldéhyde pour remplacer le glucose détruit du muscle. La paraldéhyde, inhibant les convulsions, diminue l'intoxication due aux substances résultant de la contraction musculaire violente.

N. et T. citent 3 cas de tétanos généralisé traités par le sérum et la paraldéhyde glucosée; les 3 cas ont guéri. HENRI KRAUTER.

MISCAREA MEDICALA ROMANA
(Craiova)

D. Paulian et **C. Fortunesco.** ***Les indications du traitement par l'hématoporphyrine*** (*Miscarea medicala Romana*, t. **8**, n° 5-6, Juin 1935). — Les propriétés photosensibilisantes de l'hémato-porphyrine ont été employées dans le traitement de la mélancolie par Hühnerfeld; ses résultats ont été confirmés par Hartmann. Vinchon Bourgeois et Aussaye rapportent des résultats favorables. Vinchon obtient, sur 17 cas de mélancolie, 10 guérisons, 5 améliorations et 2 résultats nuls.

Les troubles gastro-intestinaux disparaissent, le manque d'appétit comme l'oppression disparaissent. Les sudations profuses et les troubles de la sécrétion séborrhéique disparaissent. Le poids du corps augmente comme la quantité d'hémoglobine dans le sang ; l'hyperglycémie fréquente se réduit. Les actions heureuses multiples, sur les troubles végétatifs, influencent les symptômes psychiques. Vinchon parle d'une action tonique et sédative, de l'hématoporphyrine, qui inhibe la vagotonie. Vinchon insiste également sur l'extension des indications thérapeutiques. Parmi 10 cas traités, dont quelques cas de migraine, de troubles intestinaux vagotoniques, vagotonie post-grippale, il a eu 7 cas de guérisons et les 3 autres, améliorés.

L'action pharmacodynamique de l'hématoporphyrine devrait être approfondie; sa valeur thérapeutique est à recommander non seulement dans les mélancolies graves et les états dépressifs, mais aussi dans les migraines et troubles intestinaux neuropathiques.

Rager André confirme les résultats et donne deux indications nouvelles; dans l'asthme et l'épilepsie, il obtient 72 pour 100 de résultats définitifs ou des améliorations.

Hühnerfeld recommande l'hématoporphyrine aux malades venant consulter pour « troubles nerveux ». C'est le grand nombre de malades qu'on voit journellement et qui présentent des troubles aussi nombreux que variés (fatigue, inappétence, insomnie, vertiges, céphalée, oppression épigastrique, asthénie, diminution de la capacité de travail). Le diagnostic porté sur ces cas est souvent erroné : nerveux, neurasthénique ou hystérique, et l'on institue un traitement inactif. Hühnerfeld prétend que l'on trouve parmi ces malades, souvent des dépressions endogènes véritables où l'hématoporphyrine rend de grands services. Cimbal a obtenu d'excellents résultats pour augmenter la capacité de travail chez les candidats aux examens de baccalauréat. Il recommande cette thérapeutique aux enfants peureux. On prescrit 3 fois par jour X gouttes de la solution contenant 5 miligr. d'hématoporphyrine hydrochlorique au cmc ; et l'on augmente d'une goutte à chaque prise jusqu'à 30 gouttes, trois fois par jour.

Dans les cas de mélancolies ou dépressions endogènes graves, on emploiera la voie sous-cutanée : séries de 8 injections intramusculaires de 0,002 gr. d'hématoporphyrine. P. et F. citent plusieurs observations (état dépressif profond mélancoliforme en rapport avec la ménopause), chez un éthylique, chez un tabétique, un cas de vagotonie, syndrome solaire et aérophagie; tous les cas furent très améliorés ou guéris HENRI KRAUTER.

VOJNO-SANITETSKI GLASNIK
(Belgrade)

Sv. Nikolajevitch et **S. Davidovitch.** ***Phlegmon de l'estomac*** (*Vojno-sanitetski Glasnik*, t. **5**, n° 1, Janvier-Avril 1935, p. 207-218). — Les auteurs décrivent quatre cas de gastrite phlegmoneuse, dont trois cas de phlegmon diffus et un cas de phlegmon localisé de l'estomac. Dans le premier et le quatrième cas, le diagnostic exact ne fut posé qu'à l'opération. Il en avait été de même pour le deuxième, qui avait été opéré sur le diagnostic d'ulcère perforé. Quant au troisième, le diagnostic clinique de probabilité avait été phlegmon de l'estomac, ce qui fut vérifié à l'intervention. L'étiologie du phlegmon de l'estomac est assez mystérieuse, mais il semble que l'infection à streptocoque joue un rôle important. La maladie débute par des symptômes aigus : douleur intense dans la région épigastrique, avec vomissements et température entre 39° et 40°. Les signes péritonéaux sont très prononcés. Il existe une leucocytose avec polynucléose. Le symptôme de Deininger est très caractéristique : la douleur est atténuée par l'attitude des jambes pliées et ramenées sur l'abdomen, ou bien en position assise. Le diagnostic est d'habitude très difficile et est posé le plus souvent pendant l'opération ou à l'autopsie. Le traitement du phlegmon localisé consiste dans la résection de l'estomac. Les cas de phlegmon diffus se terminent régulièrement par la mort.

LAZARE STANOYÉVITCH.

V. M. Dimitrijevitch-Speth. ***Epidémie de typhus exanthématique à Strem en 1933-1934 et l'importance des foyers endémiques*** (*Vojno-sanitetski Glasnik*, t. **6**, n° 1-2, Janvier-Juin 1935, p. 67-73). — Lors de l'épidémie de typhus exanthématique qui a sévi dans un village de la province de Srem en 1933 parmi les tziganes, 84 personnes sur 300 ont été atteintes; il y a eu 10 cas de mort. Au moment où l'épidémie a été diagnostiquée, 6 villages voisins étaient déjà atteints, mais le typhus n'a pas pris grande extension. En tout, on a constaté l'existence de 114 cas, avec 18 cas mortels. Après un épouillage fractionné, renouvelé au bout d'une semaine, l'endiguement de l'épidémie réussit en 17 jours, c'est-à-dire dans le temps maximum de l'incubation. Chaque cas particulier de typhus a été l'objet d'une enquête épidémiologique. On a constaté une atteinte périodique de groupes plus importants de malades. L'intervalle d'apparition de ces groupes de malades était de 8 à 13 jours, il correspondait donc à la durée de l'inoculation, ce qui indique un cas unique comme point de départ de l'épidémie. Le typhus exanthématique n'étant pas endémique dans cette contrée, l'immunité n'existe pas chez les tziganes. Le virus qu'on a pu conserver par des passages sur cobayes, pendant près d'une année, appartient au virus européen classique et provoque des réactions thermiques sans modification de la tunique vaginale des testicules. L'infection du cobaye par la voie buccale, par l'intermédiaire du cerveau, a réussi dans un cas sur trois.

LAZARE STANOYÉVITCH.

K. Todorovitch et **O. Boyovitch.** ***Notre expérience clinique de la méningite épidémique*** (*Vojno-sanitetski Glasnik*, t. **6**, n° 1-2, Janvier-Juin 1935, p. 75-104). — T. et B. rapportent l'expérience acquise par l'observation et le traitement de 94 cas de méningite épidémique, soignés durant la période 1926-1935 à la clinique de maladies infectieuses de l'Université de Belgrade. Au point de vue clinique, il a été observé 3 cas foudroyants, 33 cas très graves, 20 cas ordinaires et 9 cas légers. 49 malades ont guéri, 45 sont morts.

Après avoir exposé les caractères particuliers de chaque forme clinique, les auteurs rapportent plus de 20 observations qui font ressortir les divers symptômes un peu particuliers notés chez l'adulte et surtout chez les nourrissons. A la fin, le traitement est exposé en détail : l'emploi de sérum, de vaccin, de liquide céphalo-rachidien inactivé, de l'endotoxine méningococcique, de l'autohémothérapie, des injections d'urotropine, de gonacrine, etc. La quantité de sérum spécifique employé n'a pas joué un rôle décisif dans l'évolution favorable de la maladie. De même l'application précoce du sérum n'a pas toujours mené à la guérison. Les auteurs expliquent les évolutions bénignes par une immunité antiméningococcique acquise antérieurement, par une bonne aptitude à la réaction ou bien par l'occurrence de circonstances particulières (certaines associations pathologiques ou certaines maladies antérieures paraissant favorables à l'établissement de l'immunité), ou des malades ayant eu antérieurement la coqueluche, la rougeole, la blennorragie.

LAZARE STANOYÉVITCH.

J. Rouviditch et **J.-B. Milovanovitch.** ***L'autorégulation de la pression artérielle et ses troubles*** (*Vojno-sanitetski Glasnik*, t. **6**, n° 1-2, Janvier-Juin 1935, p. 105-159). — Après avoir exposé l'essentiel de nos connaissances actuelles (anatomie, physiologie) sur la question des zones réflexogènes cœur-crosse aortique et des sinus carotidiens, les auteurs abordent le problème de l'application clinique de ces acquisitions physiologiques. L'exploration clinique des zones réflexogènes n'est pratiquement possible qu'en ce qui concerne le sinus carotidien. Dans un cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte, cité par les auteurs, la compression digitale de la crosse de l'aorte au-dessus du manubrium déclanchait de la bradycardie et de l'hypotension artérielle. L'exploration clinique des sinus carotidiens nécessite, dans la plupart des cas, un contrôle graphique des résultats obtenus, tant en ce qui concerne le rythme cardiaque, la respiration que les variations de la pression artérielle. Après avoir passé en revue les procédés actuels d'enregistrement continu de la pression artérielle en clinique, les auteurs exposent la technique clinique d'enregistrement des variations de la pression artérielle de V. Arnovljevitch et J. B. Milovanovitch qui consiste dans l'interprétation des variations de l'aspect graphique des oscillations sphygmographiques enregistrées à contre-pression constante. Il est intéressant, d'après les auteurs, de compléter, par une épreuve fonctionnelle plus adéquate, l'étude des cas à sinus carotidiens insensibles. L'épreuve orthoclinostatique, décrite antérieurement par les auteurs, s'est révélée comme particulièrement précieuse, puisqu'elle constitue, en somme, une épreuve fonctionnelle dynamique du mécanisme de l'autorégulation.

LAZARE STANOYÉVITCH.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

M. Chiray, G. Albot, M. Deparis et **G. Tsangritis.** ***L'épreuve de la galactosurie dans la lithiase vésiculaire. Etude fonctionnelle du foie*** (*Paris Médical*, t. **25**, n° 43, 26 Octobre 1935, p. 325-332). — Au cours des cholécystites lithiasiques, il y a constamment des lésions anatomiques paralithiasiques. Il est important de connaître l'existence possible et d'apprécier le degré d'une hépatite satellite diffuse qui est inconstante, variable et domine souvent le pronostic. Il semble que cette appréciation soit possible grâce à la galactosurie provoquée, étudiée par la « méthode des concentrations fractionnées » de Noël Fiessinger, F. Thiébaut et J. Dierick.

Elle permet même de suivre l'évolution de l'hépatite satellite et d'intervenir au moment convenable. Ce contrôle ne peut pas être réalisé par l'observation des autres signes cliniques.

14 observations de cholécystite lithiasique montrent l'intérêt de l'étude des concentrations galactosuriques. Dans 6 cas, il s'agissait d'hépato-cholécystite; dans les 8 autres, la cholécystite lithiasique paraissait pure, sans participation hépatique.

L'épreuve galactosurique permet donc de ranger les cholécystites lithiasiques en deux groupes : celui où elles sont accompagnées d'une hépatite satellite diffuse importante et celui où la maladie est purement locale. Dans le premier on trouve une gamme de troubles fonctionnels de gravité décroissante, depuis les formes ictériques, les formes digestives jusqu'aux formes frustes. Ces malades ont une grande fragilité opératoire. Le second groupe comprend des affections purement vésiculaire, sans complication ou avec suppuration ou adhérences qui bouleversent les rapports des organes du carrefour sous-hépatique. Dans tous les cas, il s'agit d'une affection locale, sans participation hépatique; le pronostic opératoire réside dans les difficultés techniques et non dans les accidents hépatiques.

Avant toute décision thérapeutique, il y a donc grand intérêt à explorer fonctionnellement le foie des sujets atteints de lithiase vésiculaire.

Robert Clément.

L. Ribadeau-Dumas et **Mlle Lataste.** ***Le régime des nourrissons débiles et prématurés*** (*Paris Médical*, t. **25**, n° 44, 2 Novembre 1935, p. 360-365). — Le débile, insuffisamment développé, et le prématuré, né trop tôt, sont adaptés à une nutrition dont les éléments sont fournis par le placenta. Leur capacité gastrique est faible, leurs besoins caloriques très considérables, leurs besoins en eau, en matière protéiques, en sels et en vitamines sont très importants ; ils supportent très mal les graisses; pour eux, les sucres sont les combustibles de choix.

C'est l'alimentation mixte qui donne les meilleurs résultats chez les prématurés purs. Le lait de femme sera complété par un lait plutôt riche en sels et en protéines, par un babeurre farineux sucré à 5 pour 100 par exemple.

La conduite du régime est très délicate, il faut souvent s'adapter aux variations individuelles de chaque sujet.

Les débiles vrais présentent des aptitudes et des intolérances alimentaires semblables à celles des prématurés, mais exagérées et combinées d'une manière imprévisible. Pour eux, il n'existe aucune règle diététique. L'épreuve alimentaire seule permettra de découvrir un régime à la fois supporté et capable d'assurer une croissance plus ou moins satisfaisante. On est souvent obligé d'en essayer de très divers et d'y renoncer successivement, en raison d'une intolérance qui survient après une courte période où tous les espoirs étaient permis.

Robert Clément.

H. Grenet. ***La syphilis acquise chez l'enfant*** (*Paris Médical*, t. **25**, n° 44, 2 Novembre 1935, p 371-374). — La syphilis acquise de l'enfant est moins rare qu'on ne le croit. G. a pu en observer 4 cas en un an à l'hôpital.

Elle est le plus souvent de provenance extra-vénérienne: inoculée au moment de la vaccination, du percement du lobule de l'oreille, par les instruments d'un dentiste, par des objets de toilette, des ustensiles de ménage, mais surtout au cours de l'allaitement par une nourrice et par le baiser.

La syphilis vénérienne existe aussi; il y a des prostituées mineures, et elle est, quelquefois le résultat d'attentats criminels commis sur de jeunes fillettes ou de jeunes garçons.

La syphilis acquise de l'enfant est caractérisée par la fréquence des chancres extra-génitaux et spécialement des chancres céphaliques. Le chancre passe souvent inaperçu et est peut-être masqué par des lésions cutanées banales. L'âge de l'enfant entraîne quelques caractères particuliers: plus il est jeune, plus son développement se trouve modifié. Chez le nourrisson, la ressemblance avec la syphilis congénitale peut être très grande.

Le traitement ne présente rien de particulier. Le pronostic est d'autant meilleur que le diagnostic est fait plus tôt. Les traitements spécifiques ont en général leur maximum d'action.

La syphilis acquise de l'enfant pose une série de problèmes médico-légaux dont certains intéressent les praticiens, notamment la contamination réciproque de la nourrice par l'enfant et de l'enfant par la nourrice.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

R. de Grailly, P. Dervillée, Mandillon et **P. Caris.** ***L'évolution de la doctrine des cholagogues*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **56**, n° 46, 17 Novembre 1935, p. 727-736). — G., D., M. et C. passent d'abord en revue les médicaments du foie de la pharmacopée ancienne, puis ceux de la période classique (ils entendent sous ce terme le XIXe siècle où la classification des cholagogues repose sur les résultats de l'expérimentation chez l'animal). Les données modernes sont exposées d'après les travaux de Milhaud, de Chabrol et Charonnat, Félix Ramond, Boscesco et Zizine, etc... Est successivement envisagée l'action cholagogue de la bile, des huiles et de la glycérine, de l'acide oléique et des oléates, des composés de la série aromatique, des sels minéraux.

Puis sont étudiés les cholérétiques qui augmentent le flux de la sécrétion biliaire. La plupart appartiennent à la série cyclique, tels les sels biliaires et un certain nombre de composés s'apparentant au groupe acide-phénol, comme l'atophan, les dérivés du naphtalène et des substances voisines contenues dans certains végétaux. La série grasse est pauvre en cholérétiques, elle ne comporte guère que l'oléate de soude. Dans la série minérale, certains sels de mercure ; le sulfate de magnésie serait un cholérétique indirect à petites doses. Les eaux minérales n'ont également qu'une action indirecte.

Cette revue générale, impossible à résumer, met en lumière les progrès réalisés depuis une dizaine d'années dans la connaissance de l'action cholagogue d'après les résultats expérimentaux observés chez l'animal.

Robert Clément.

R. de Grailly, P. Dervillée, Mandillon et **P. Caris.** ***L'évolution de la doctrine des cholagogues*** (*suite*) [*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **56**, n° 47, 24 Novembre 1935, p. 747-752]. — Pour bien comprendre le mécanisme d'action des cholagogues, il est bon de connaître les données récentes sur les conditions dans lesquelles est sécrétée la bile et les modalités de l'excrétion vésiculaire.

La bile existe dès le 3e mois de la vie intra-utérine, elle est composée d'eau tenant en suspension et en dissolution plusieurs substances. Malgré les discussions, le rôle du foie dans l'élaboration des pigments biliaires aux dépens de l'hémoglobine paraît démontré. Cependant la biligénie, pour être en grande partie dépendante de la glande hépatique peut aussi reconnaître une influence tissulaire. Une fois formée, la bile s'écoule par les voies d'excrétion normales ou s'accumule dans la vésicule biliaire.

L'évacuation de la vésicule biliaire est complexe et résulte de facteurs dont les plus importants sont la contraction vésiculaire et le péristaltisme duodénal, le plus souvent associés. L'évacuation vésiculaire suppose la liberté des voies biliaires inférieures, c'est-à-dire l'ouverture du sphincter d'Oddi, une contraction active du cholécyste, qui paraît insuffisante à elle seule à assurer le vidage, une aspiration duodénale associée normalement à l'action de la vésicule, mais qui peut être suffisante à elle seule. Ces diverses modalités d'action sont sous la dépendance d'excitations muqueuses digestives (duodénales, gastriques, buccales), point de départ des réflexes à action duodéno-vésiculaire ou génératrices d'hormones, les uns et les autres encore mal définis. Il semble qu'il y ait de grandes variations, selon les individus, dans le jeu de l'évacuation vésiculaire.

La physiologie de l'excrétion vésiculaire est donc très complexe et le terme d' « action cholécystokinétique » ne doit pas signifier « qui met en jeu la contraction vésiculaire » mais « qui évacue la vésicule », la contraction n'étant qu'un élément de l'acte physiologique.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

M. de Lagoanère. ***Etat actuel de la question des gaz de combat au point de vue physiologique, anatomo-pathologique et thérapeutique*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. **112**, n° 29, 10 Novembre 1935, p. 803-810). — Laissant de côté les gaz de combat seulement irritants (lacrymogènes peu toxiques) et les gaz à action générale, cette conférence envisage surtout les lésions provoquées par les gaz de combat caustiques.

Les suffocants, dont le type le plus répandu est le phosgène, provoquent surtout des lésions œdémateuses : œdème des cloisons inter-alvéolaires, œdème des alvéoles surtout, avec afflux leucocytaire assez marqué. Selon l'expression classique « les poumons sont bloqués » ; parfois, le liquide

transsudé est si abondant qu'il s'écoule librement par la trachée au moment de la mort. Le cœur et l'appareil cardio-vasculaire tout entier ressentent les conséquences d'une telle perturbation pulmonaire. Le liquide a une composition qui se rapproche beaucoup du plasma ; le sang a une viscosité augmentée de 50 et même de 100 pour 100. Les reins et le foie sont congestionnés.

Les gaz vésicants n'agissent qu'après un temps de latence quelquefois de plusieurs heures. Ils provoquent des lésions cutanées qui vont de l'érythème à la nécrose avec escarres, se manifestant surtout par des phlyctènes. Des lésions analogues se produisent au niveau des yeux, particulièrement vulnérables en raison de l'humidité de la conjonctive, du larynx et de l'arbre trachéo-bronchique. La vésication et les lésions nécrotiques aboutissent fréquemment à des infections secondaires.

Les arsines irritantes provoquent surtout des réactions de défense motrices et sécrétoires.

Les suffocantes provoquent des accidents analogues à ceux du phosgène, mais l'œdème est moins marqué et l'action pyogène plus intense. Les arsines vésicantes ou « léwisites » associent l'action physiologique immédiate des gaz irritants et suffocants à la persistance des vésicants.

Des nouvelles notions acquises en thérapeutique il faut surtout retenir la contre-indication du gaz carbonique chez les suffoqués, car il aggrave l'acidose, la dyspnée et l'œdème.

ROBERT CLÉMENT.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

Paul Courmont et **S. Delaye**. ***Baisse de la mortalité par tuberculose à Lyon depuis 30 ans. Etude des causes. Rôle des dispensaires*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **16**, n° 379, 20 Octobre 1935, p. 633-654). — Cette étude statistique porte sur la mortalité par tuberculose à Lyon, de 1900 à 1930, d'après les chiffres officiels du Bureau d'Hygiène. Pour éviter les nombreuses causes d'erreur, on n'a tenu compte que des décès des individus ayant un domicile fixe dans Lyon même et morts à Lyon. On a tenu compte de toutes les formes de tuberculose : pulmonaires, méningées, chirurgicales. Pour compenser l'exactitude plus ou moins grande des certificats de décès, on a tenu compte des décès non déclarés, 14 pour 100 en 1931.

En 1905, il est mort à Lyon 1.600 tuberculeux pour 459.000 habitants. En 1930, 800 pour 579.000 habitants. Pour la période 1900-1905, la mortalité pour tuberculose est de 35,4 pour 10.000 habitants ; pour celle de 1926-1930, elle est seulement de 15,7.

Les causes de cette diminution sont l'amélioration des conditions générales de vie, l'organisation progressive des moyens de cure, mais surtout l'action de la prévention mieux organisée.

A Lyon, 9 dispensaires anti-tuberculeux sont les meilleurs agents de la prévention, de la cure précoce et en définitive de la diminution de la tuberculose. Leur efficacité est prouvée par le fait que le seul arrondissement qui n'en présente pas garde une mortalité élevée et stable par tuberculose (27 pour 10.000).

Ces considérations statistiques montrent tout l'intérêt qu'il y a à organiser la lutte anti-tuberculeuse par des institutions de prévention, notamment par des dispensaires.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE MEDECINE
(Paris)

Albert Salmon (Florence). ***Le rôle du sinus carotidien dans le mécanisme de l'œdème pulmonaire aigu*** (*Annales de Médecine*, t. **38**, n° 3, Octobre 1935, p. 270-280). — Le sinus carotidien semble jouer un rôle très important dans la pathogénie de l'œdème pulmonaire aigu. Celui-ci est souvent lié à l'hypertension artérielle, dont le sinus est un important facteur pathogénique. Il est très fréquent dans les affections qui s'accompagnent de l'accentuation des réflexes sino-carotidiens dénotant l'hypertonie des sinus, de même que dans les shocks traumatiques ou opératoires se traduisant d'ordinaire par des phénomènes bulbaires d'origine sino-carotidienne ; ces crises provoquent parfois la mort subite, qui est souvent l'expression d'un réflexe bulbaire, secondaire à l'excitation ou à la dépression du sinus carotidien ; elles sont favorisées par les médicaments qui activent la fonction de cet organe (adrénaline, sels de potassium), s'améliorent par contre par les substances qui diminuent son activité (barbituriques, chloroforme, morphine), cessent parfois après la compression du sinus. On a pu aussi les provoquer expérimentalement à la suite de la ligature des carotides en amont de cet organe déterminant un réflexe sino-carotidien. La crise d'œdème pulmonaire est enfin conditionnée par la vaso-dilatation pulmonaire constatée après l'excitation des sinus qui détermine une hypersécrétion d'histamine.

Les relations entre les noyaux bulbaires et les sinus carotidiens permettent d'élucider beaucoup de faits obscurs sur le mécanisme de l'œdème pulmonaire aigu. Il y a lieu de supposer que les stimuli adrénalinogènes entraînent l'œdème pulmonaire aigu consistant dans la brusque vasodilatation pulmonaire d'origine bulbaire, par l'intermédiaire du sinus carotidien.

L. RIVET.

Ludo van Bogaert et **J.-H. Scherer** (Anvers). ***Hémangiomatose familiale de Rendu-Osler et cirrhose hépatique*** (*Contribution à l'étude des cirrhoses familiales*) [*Annales de Médecine*, t. **38**, n° 3, Octobre 1935, p. 290-301]. — Van B. et S. relatent l'histoire d'une famille atteinte d'hémangiomatose hémorragique (Rendu-Osler), dans laquelle trois membres dont la mère présentèrent par ailleurs un symptôme fréquemment signalé dans la littérature de ces cas : l'hépatomégalie. L'autopsie d'un fils montre une cirrhose typique de Laennec. Chez la mère, qui vit encore, une série de symptômes plaide, avec une grande probabilité, en faveur d'une cirrhose. L'alcoolisme ou une intoxication commune aux deux sujets peut être exclue.

On connaît peu de vérifications de la maladie de Rendu-Osler. Mais, dans trois d'entre elles, sont signalées de graves lésions hépatiques (deux fois atrophie jaune aiguë du foie, une fois carcinome). La cirrhose hépatique n'a pas encore été décrite. Par contre, l'apparition d'angiomes multiples n'est pas exceptionnelle dans la phase terminale des cirrhoses hépatiques.

Les relations qui existent entre ces faits ne sont pas claires. Il est probable que nous sommes en présence de rapports constitutionnels complexes et une analyse plus approfondie de la pathologie constitutionnelle de la maladie de Rendu-Osler s'impose pour une meilleure interprétation de cette affection.

L. RIVET.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
(Paris)

M. Demole (Genève). ***L'horaire de la sécrétion gastrique. Sa valeur pour le diagnoctic comparée à celle de l'acidité*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **25**, n° 9, Novembre 1935, p. 907-920). — La chlorhydrie mesurée en une seule fois a peu de valeur ; mieux vaut utiliser le chimisme fractionné à l'histamine, et prendre uniquement comme critère *l'heure* où la chlorhydrie atteint son maximum, sans tenir compte ni du degré de cette acidité, ni de la quantité sécrétée, la modalité de la secrétion gastrique étant absolument indépendante de l'excitant.

Les ulcéreux gastriques ont une sécrétion gastrique qui atteint rapidement son maximum (type tachysécrétoire) et persiste parfois assez longtemps.

Chez les ulcéreux duodénaux par contre, le maximum d'acidité n'est jamais précoce, même lorsque la sécrétion d'acide doit être prolongée.

Les cholécystites ont une sécrétion acide toujours tardive (type brady-sécrétoire) et généralement de peu de durée.

Aucune courbe n'est pathognomonique d'une affection particulière ; il y a seulement une préférence marquée de certains syndromes pour certains types sécrétoires. Les courbes ont donc surtout une valeur négative, permettant de procéder par élimination.

L'horaire de la sécrétion acide semble donc avoir plus de valeur pour le diagnostic que le degré de cette acidité.

J. OKINCZYC.

M. Bruno da Costa (Coïmbra). ***Courbe de la sécrétion des ferments gastriques. Sa valeur diagnostique et pronostique chez les ulcéreux duodénaux*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **25**, n° 9, Novembre 1935, p. 921-939). — Chez les individus normaux, l'histamine augmente la quantité et la concentration de la pepsine gastrique dans 75 pour 100 des cas, la sécrétion de la pepsine étant parallèle à celle de l'acidité et atteignant son maximum de 15 à 30 minutes après l'injection ; les courbes de sécrétion du lab sont plus irrégulières.

Dans l'ulcère du duodénum, la concentration en ferments à jeun est plus grande qu'à l'état normal. L'histamine augmente la quantité et la concentration de la pepsine dans 88 et 52 pour 100 des cas, le maximum se produisant de 15 à 30 minutes après l'injection.

L'injection d'acétylcholine n'a aucune influence sur la sécrétion des ferments. Le repas alcoolique d'Erhrmann n'augmente que peu ou tardivement la concentration des ferments.

Le repas de farine d'avoine de Rehfuss augmente la concentration des ferments de 60 à 100 minutes après l'ingestion.

Chez les gastropathes, la dissociation chlorhydropeptique apparaît plus rarement quand on provoque la sécrétion par les moyens naturels ou normaux que lorsqu'on la provoque par l'histamine.

Les valeurs élevées de pepsine et de lab peuvent éclaircir un diagnostic douteux d'ulcère duodénal, et chez les malades atteints d'ulcère duodénal, ayant de hautes valeurs de pepsine, 50 pour 100 résistent à la thérapeutique médicale.

J. OKINCZYC.

REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE
(Paris)

Crainicianu. ***Contribution à l'étude de l'hypertension artérielle de la ménopause*** (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, Octobre 1935, p. 923-931). — C. rappelle que les troubles vaso-moteurs représentent le symptôme le plus fréquent de l'insuffisance ovarienne, et qu'ils relèvent d'une instabilité des centres nerveux avec hyperthyroïdisme et hypersurrénalinémie, que des hémorragies vicariantes se produisent par les différentes muqueuses et que l'hypertension de la ménopause, naturelle ou chirurgicale, est un fait

bien connu (de nombreux auteurs s'étant occupés de cette question, Riemans, Moorrhead, Maranon, Paillard, Cotte, G. Perrin et quelques autres). Pour De Quiros, il n'y a pas lieu d'admettre une hypertension spéciale de la ménopause.

L'hypertension est surtout systolique. Sa régression se produit en 2 à 5 ans.

Les troubles de tension peuvent être groupés en deux phases :

1° Une 1re phase de labilité de la tension, qui coïncide avec des phénomènes vaso-moteurs. La tension présente des oscillations tant pour la Mx que pour la Mn qui se succèdent très rapidement. La pathogénie de ces oscillations semble être due à des troubles du fonctionnement des centres vaso-moteurs.

2° La 2e phase, phase d'hypertension artérielle, s'installe après une période très variable qui peut s'étendre de quelques mois à quelques années.

L'hypertension de la ménopause comporte une étiologie complexe dans laquelle on peut distinguer : 1° des facteurs adjuvants (âge, artériosclérose, dérèglement du système nerveux végétatif, manque de souplesse endocrinienne, chez les multipares, modifications histologiques de la thyroïde) ; — et 2° un facteur déterminant qui est l'hyper-surrénalémie de la ménopause. A la suite de la suppression de la fonction ovarienne, de par le jeu de l'antagonisme surréno-ovarien, il se déverse dans le sang une plus grande quantité d'adrénaline qui provoquera, par l'excitation des terminaisons sympathiques, un spasme ou des vaso-constrictions permanentes vasculaires lesquels produisent en dernier lieu l'hypertension.

L'antagonisme ovaire-surrénale est une réalité. Kraul a observé que les injections d'adrénaline arrêtent le cycle œstral chez les rats. Frédéric Siegert a montré les variations de l'adrénaline dans le sang en rapport avec le cycle oestral. Les injections d'adrénaline chez les animaux non castrés arrêtent le rut. L'étude anatomo-pathologique des ovaires des rats soumis à l'hyper-adrénalinémie expérimentale a montré des transformations importantes de l'ovaire, qui étaient presque complètement lutéinisés. La fonction antagoniste entre surrénales et ovaires s'exerce donc par l'intermédiaire des corps jaunes.

Ces deux hormones ne s'annihilent, d'ailleurs, pas l'une en présence de l'autre, lorsqu'elles sont mélangées *in vitro*. L'antagonisme est donc un antagonisme d'actions fonctionnelles neuro-végétatives.

Le traitement de l'hypertension de la ménopause, en dehors de la thérapeutique des hypertensions en général, comporte une participation opothérapique : injections intra-veineuses de folliculine. Celle-ci est nettement hypotensive ; elle est physiologique puisqu'elle combat l'antagonisme avec l'adrénaline ; elle réalise une thérapeutique de substitution, au moment où la sécrétion interne de l'ovaire diminue. Sous l'influence de ce traitement pratiqué journellement, on observerait une baisse de la tension et une stabilisation à un chiffre normal. Naturellement, on ne peut obtenir de bons effets quand il s'agit d'hypertensions ayant à leur base des lésions anatomiques des artères ou des reins.

Henri Vignes.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Gaud, Charnot, Langlois. ***Le darmous humain*** Analysé par **Dechaume** (*Revue de Stomatologie*, 37e Année, n° 11, Novembre 1935). — Le darmous est une intoxication chronique par le fluor, affection de l'homme et des animaux. Le darmous humain se traduit par des dystrophies dentaires, frappant les dents permanentes. Ces dents naissent ternes, jaunâtres, dépolies. Elles présentent ensuite des taches crayeuses et des points brunâtres, elles s'incrustent de tartre. Dans un 3e stade, elles s'usent progressivement. Les dents les plus touchées sont les incisives supérieures et les premières molaires. Les incisives inférieures et les canines présentent des anneaux crayeux, donnant à la dent l'apparence d'un petit tonnelet.

On note encore du nanisme et du gigantisme dentaire. De tout cela, résulte des caries, des gingivites, de l'alvéolyse. On retrouve dans les dents et les maxillaires plus de fluor et moins de substances minérales. C'est l'inverse dans l'os. Cette fluorose provient de l'ingestion d'eau ayant traversé les couches phosphatées du sol et de végétaux trop riches en fluor.

Selon les auteurs, le fluor n'est peut-être pas le toxique vrai dans le darmous ; le réel facteur nocif tient à la forme spéciale et particulièrement insoluble sous laquelle le calcium ingéré se trouve dans l'organisme.

C. Ruppe.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Hühnerfeld. ***Les indications du traitement hémato-porphyrinique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 24, 14 Juin 1935, p. 949-951). — Cette thérapeutique paraît surtout indiquée dans le traitement de formes légères ou sérieuses de dépression. Une expérience de plusieurs années portant sur de nombreux cas montre qu'elle paraît avoir une influence presque spécifique sur ces états.

Le rôle stimulant de l'hémato-porphyrine sur le tonus du système nerveux végétatif permet de l'employer avec succès dans des états où dominent les manifestations vergotoniques. Des observations recueillies par Vinchon et par Ceymbal montrent que le domaine de la thérapeutique hémato-porphyrinique peut être étendu avec succès.

G. Dreyfus-Sée.

Lœschke. ***Clinique et thérapeutique des diarrhées graves chez l'enfant*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 27, 5 Juillet 1935, p. 1065-1069). — A la conception ancienne de l'origine intestinale-locale des diarrhées infantiles a fait place actuellement une explication plus générale, de telle sorte que les médicaments agissant sur le tractus intestinal seul sont abandonnés au profit des traitements divers.

Les régimes de sous-nutrition ont eux aussi échoué, les essais sérothérapiques n'ont pas davantage donné de résultats constants, même dans les dysenteries confirmées. Actuellement encore, le pourcentage de mortalité des nourrissons et aussi des enfants, en cas de dysenterie grave, demeure élevé.

L. a eu l'occasion d'observer des cas de dysenterie extrêmement graves chez des enfants. L'un d'entre eux en particulier a présenté des manifestations nerveuses terminales dues à un œdème cérébral vérifié à l'autopsie.

L'échec des traitements classiques dans les formes graves de dysenterie est attribué à deux facteurs dominant l'évolution de l'affection : perte aqueuse et humorale constante et envahissement de l'organisme par les toxines.

La thérapeutique la plus efficace paraît être la perfusion intra-veineuse continue à l'aide d'une canule bien fixée dans la veine.

Cette technique, préconisée par Friedmann en 1933, a été utilisée depuis par de nombreux auteurs. En particulier, Soluk l'a employée avec succès dans les troubles toxi-alimentaires des nourrissons.

Lors de diarrhées graves elle a l'avantage de fournir de façon continue du liquide et des calories sous forme de solution sucrée. L. l'a utilisée à plusieurs reprises en injectant une solution à 5 pour 100 de lévulose au rythme de XVIII à XX gouttes par minute durant dix-huit à vingt-quatre heures.

Dans les cas graves, cette perfusion était interrompue pour un court moment durant lequel on utilisait la voie intraveineuse préparée pour injecter des substances médicamenteuses ou transfuser du sang. L'efficacité de la transfusion sanguine dans les formes toxiques s'est montrée réelle : on a constaté chaque fois une amélioration passagère ou durable du pouls, de l'aspect, de la respiration. Par contre la sérothérapie spécifique à doses moyennes qui a été utilisée n'a pas paru améliorer sensiblement les malades.

En pratique, L. préconise essentiellement la perfusion prolongée, complétée, lorsque les symptômes toxiques sont accentués, par une transfusion de 100 à 200 cmc. Les signes d'œdème cérébral commandent l'injection très concentrée de lévulose par la canule intraveineuse.

G. Dreyfus-Sée.

Fischler et Schiroter. ***La saccharine administrée par voie buccale a-t-elle une influence sur la glycémie?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 34, 23 Août 1935, p. 1355-1357). — Les expériences ont été pratiquées chez dix malades auxquels des doses élevées de saccharine ont été administrées par voie digestive ; 7 d'entre eux n'ont présenté aucune modification de leur glycémie ; chez 3 autres, des variations légères paraissent pouvoir être attribuées à des facteurs épisodiques surajoutés. Ces résultats confirment chez l'homme les faits démontrés chez l'animal au cours d'une série d'expériences antérieures.

Dans l'ensemble, le taux glycémique a paru plutôt s'abaisser au cours de l'épreuve et il est à noter que deux des sujets observés étaient des diabétiques. Les variations sont d'ailleurs en général très faibles.

Ces expériences infirment absolument des observations récemment publiées dont les résultats discordants paraissent dus à une insuffisance du matériel expérimental.

G. Dreyfus-Sée.

H. Habs et **L. Sievert.** ***Diagnostic différentiel sérologique entre les deux formes de brucelloses humaines (avortements répétés et mélitococcie)*** [*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 35, 30 Août 1935, p. 1398-1400]. — La fièvre ondulante mélitococcique et ses manifestations atypiques résument les brucelloses humaines, qu'il s'agisse de la maladie abortive ou de la mélitococcie, de telle sorte que l'on ne peut les différencier cliniquement l'une de l'autre.

Or, l'identification des germes en cause peut être importante dans les régions dans lesquelles l'épidémie brucellosique animale ou humaine se manifeste tantôt sous l'une, tantôt sous l'autre forme. Jusqu'à présent il était indispensable d'isoler le germe causal pour permettre cette identification. Or, il est possible de faire un diagnostic différentiel sérologique directement sur le sérum du malade en utilisant le procédé de saturation des agglutinines.

L'existence en Suisse et dans le sud de la France de conditions épidémiologiques complexes où interviennent à la fois les 2 types essentiels de brucelloses (*Brucella melitensis* et *Brucella abortus*) rend très importantes les conséquences pratiques de cette réaction sérologique.

G. Dreyfus-Sée.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

R. Bastenie. ***Histo-physiologie et histopathologie de l'hyperthyroïdie*** (*Le Scalpel*, t. **88**, n° 44, 2 Novembre 1935, p. 1369-1405). — La sécrétion thyroïdienne se fait par un double méca-

nisme : une sécrétion de réserve (accumulation de colloïde) et une sécrétion de travail (excrétion de colloïde et sécrétion endocrine directe). Une série de facteurs sont capables d'exciter la sécrétion de travail dont le déclenchement intensif s'accompagne en général d'hyperplasie ; le plus puissant semble être le principe thyréostimulant du lobe antérieur de l'hypophyse.

Au cours de l'hyperthyroïdie pathologique, les modifications de la glande ne sont pas qualitativement différentes des réactions physiologiques ; elles portent sur les deux sécrétions de réserve et de travail.

Sous l'influence de l'administration iodée, et quelquefois spontanément, la réaction active peut faire place à une phase de sécrétion de réserve : c'est ce qu'on appelle « l'involution colloïde ».

Il n'existe aucune observation démonstrative d'hyperthyroïdie due à une inflammation chronique de la glande. L'infiltration lymphocytaire est le témoin d'une inflammation chronique provoquée par des altérations parenchymateuses graves.

A côté de l'involution colloïde, se produit normalement, à un faible degré, une involution dégénérative, qui est fortement accentuée par le traitement iodé. A l'inverse de l'involution colloïde, elle est irréversible, conduit à la sclérose et prédispose au myxœdème post-opératoire.

L'étude histologique de l'hyperthyroïdie ne plaide pas en faveur du dysfonctionnement de la glande. Elle montre non une altération vraie, mais une action normale poussée à l'extrême. La cause de cette réaction doit être cherchée en dehors de l'organe ; l'anatomie pathologique n'a pu la localiser dans une lésion importante et constante d'un autre organe. Cependant, les altérations de l'hypophyse doivent retenir l'attention, d'autant plus que la plupart des facteurs étiologiques de l'hyperthyroïdie (castration, grossesse, atrophie des surrénales) retentissent sur cet organe. Des travaux expérimentaux récents tendent à chercher la cause de l'activation thyroïdienne non dans un excès de sécrétion hypophysaire thyréotrope, mais dans une impuissance de l'organisme à neutraliser ce principe.

Robert Clément.

E. Dicker. ***La pression artérielle dans les états prénéphrétiques*** (*Le Scalpel*, t. 88, n° 45, 9 Novembre 1935, p. 1441-1446). — Dans le but de découvrir par quel mécanisme se produit l'hypertension artérielle qui précède et accompagne les néphrites, D. s'est livré à l'étude du système artériolo-capillaire périphérique. Il a cherché comment réagit ce système en présence de substances à action vaso-dilatatrice localisée. Il mesure les variations de surface présentées par l'érythème provoqué par l'injection intra-dermique, à un bras, de 0,05 cmc d'une solution d'histamine à 1 pour 1.000 et à l'autre bras de la même quantité de solution d'acétylcholine à 1 pour 100.

Chez un individu normal, la surface de la zone d'érythème est en moyenne de 26 cmq pour l'histamine et de 10 cmq pour l'acétylcholine ; à plusieurs jours d'intervalle, la réaction est toujours à peu près la même.

Chez les scarlatineux, vers le 18° jour de la maladie, les surfaces d'érythème de l'histamine et de l'acétylcholine diminuent, elles redeviennent ensuite progressivement normales ; ces variations sont parallèles à celles de la pression sanguine.

Sur 8 malades atteints d'angine, 7 ont présenté pendant quelques jours une élévation des pressions systolique et diastolique et parallèlement une réduction du champ d'érythème provoqué par les substances vaso-dilatatrices. De ces 7 malades, 3 ont présenté, quelques jours après l'installation de la période d'hypertension, une néphrite aiguë qui est devenue chronique chez l'un d'eux.

Ces observations confirment le fait signalé par M. Kylin qu'au cours d'une scarlatine ou d'une infection amygdalienne, on voit survenir une élévation de la pression artérielle avant l'apparition de l'albuminurie, qu'il y ait ou non, ensuite, néphrite aiguë.

La recherche des réactions locales à l'injection d'histamine et d'acétylcholine chez 200 malades variés a montré que c'est seulement chez les néphrétiques hypertendus qu'il y a une réduction notable de la zone d'érythème.

Le mécanisme par lequel s'élève la pression sanguine au cours d'une amygdalite aiguë est donc identique à celui par lequel l'hypertension est maintenue au cours de la néphrite hypertensive. Dans les deux cas, l'hypertension résulte d'une vaso-constriction artériolo-capillaire indépendante des influences centrales.

L'hypertension essentielle qu'on peut considérer d'origine centrale parce qu'elle diminue au cours de la fièvre, de l'hyperpnée volontaire et de l'action des barbituriques (contrairement à l'hypertension d'origine rénale) ne s'accompagne pas d'une diminution de la zone d'érythème provoquée par l'histamine et l'acétylcholine.

Robert Clément.

D. Glibert. ***A propos d'un cas d'intoxication professionnelle par le trichloréthylène*** (*Le Scalpel*, t. 88, n° 45, 9 Novembre 1935, p. 1446-1449). — Le trichloréthylène est un hydrocarbure non saturé de la série aliphatique, qui se présente comme un liquide assez voisin du chloroforme. Il est utilisé dans l'industrie chimique pour la fabrication de nombreux produits synthétiques, pour l'extraction des graisses animales ou végétales, des résines, des paraffines, etc. ; ailleurs, on l'emploie comme dissolvant, notamment dans la fabrication des vernis. Il sert enfin au dégraissage et nettoyage de machines et de pièces mécaniques variées.

C'est sous cette dernière forme d'emploi qu'il a provoqué des accidents chez un homme de 35 ans. D'abord sensation de goût sucré et de picotement des yeux, le matin, qui disparaissent au bout d'un moment alors qu'au cours du travail, l'odeur s'accentue. Ensuite diminution marquée de l'odorat, du goût, abolition des réflexes de la cornée et de la muqueuse nasale, bouffissure des paupières. Le malade fut pris ensuite de douleurs abdominales vives avec irritation de la bouche, soif intense, nausées et vomissements, puis douleurs presternales et toux persistante avec crachats spumeux, tout cela sans température et avec un pouls normal.

La répétition de ces accidents fit songer à une intoxication professionnelle et permit d'en déterminer la cause.

On ne saurait trop mettre en garde contre les dangers d'intoxication présentés par un certain nombre de produits chimiques qui se vendent ou s'utilisent souvent sous des noms trop peu précis.

Robert Clément.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

W. Alvarez et **H. Hinshaw.** ***Les aliments ordinairement nuisibles*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 104, n° 23, 8 Juin 1935, p. 2053-2059). — Dans ce travail qui n'est pas dénué d'intérêt pratique, les auteurs exposent les résultats d'une vaste enquête entreprise pour dépister les aliments nuisibles et les aliments inoffensifs pour la majorité des sujets atteints d'affections allergiques, hépatiques ou intestinales. Ils ont ainsi pu établir une liste d'aliments qu'aucun malade n'a jamais signalés comme nocifs, et qui doit servir de base aux « régimes d'élimination » qui sont d'une si grande utilité dans le traitement de multiples affections : mentionnons quelques-uns de ces aliments-types : l'agneau, la gélatine, le beurre, le sucre, le riz, le seigle, l'orge, l'arrow-root, le tapioca, les pommes cuites, le jus d'ananas, les asperges, les pois, les pommes de terre douces, les navets, le potiron, l'artichaut.

R. Rivoire.

L. Lockie et **R. Hubbard.** ***La goutte; modifications des symptômes et du métabolisme des purines déterminées par un régime riche en graisses chez quatre malade goutteux*** (*The Journal of the Americain medical Association*, vol. 104, n° 23, 8 Juin 1935, p. 2072-2075). — Ayant soumis plusieurs malades goutteux à un régime riche en graisse et pauvre en sucre et en protéine, les auteurs ont observé les effets suivants :

1° Augmentation de l'uricémie et diminution de l'élimination urinaire de l'acide urique. Ces symptômes s'observent de la même façon chez les sujets sains soumis au même régime.

2° Mais, lorsqu'on cesse ce régime pour le remplacer par un régime inverse, on voit le taux d'acide urique du sang revenir très lentement à la normale, quinze à trente jours en moyenne, alors que chez le sujet sain ce retour se fait très rapidement.

3° Chaque fois qu'un régime riche en graisse fut constitué, une attaque de goutte apparut dans les jours suivants, qui disparut rapidement après retour au régime normal. Alors qu'un régime identique ne déterminera jamais de crise articulaire chez des sujets atteints d'arthrite chronique non-goutteuse.

Les auteurs proposent donc ce test pour le diagnostic si difficile de la goutte.

R. Rivoire.

R. Loeb, D. Atchley et **J. Stahl.** ***Le rôle du sodium dans l'insuffisance surrénale*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. 104, n° 24, 15 Juin 1935, p. 2149-2155). — Loeb est parmi les premiers à avoir montré le rôle des modifications de la teneur du rang en sodium dans la pathogénie de l'insuffisance surrénale. Après avoir constaté l'action favorable des fortes doses de NaCl chez deux addisoniens, il entreprit une série de recherches expérimentales qui lui montrèrent une diminution constante du sodium sanguin chez les animaux décapsulés, en même temps qu'une augmentation de son élimination urinaire. Il semble donc prouvé que l'une des fonctions de l'hormone cortico-surrénale est de régler la teneur en sodium des tissus. Dans cet article, l'auteur donne les résultats de la thérapeutique par NaCl dans 8 cas de maladie d'Addison : résultats très favorables, qui démontrent à nouveau l'efficacité aujourd'hui incontestée de cette médication.

R. Rivoire.

L. Osgood. ***Troubles mentaux associés à l'anémie pernicieuse*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 104, n° 24, 15 Juin 1935, p. 2155-2157). — Si des troubles mentaux légers s'observent dans plus de la moitié des cas d'anémie pernicieuse, la coexistence de véritables psychoses est beaucoup plus rare, 4 pour 100 environ. La plupart des auteurs ont établi une relation de cause à effet entre les deux symptômes, bien que l'autopsie n'ait jamais révélé dans ces cas de lésions cérébrales.

Pour l'auteur, il n'est pas démontré que les psychoses au cours de l'anémie pernicieuse ne soient pas une simple coïncidence ; en effet, il n'y a aucune relation entre l'amélioration de l'anémie et celle des troubles psychiques : certains malades gardent leur psychose alors que le chiffre des hématies est redevenu normal, alors que d'autres voient leurs troubles psychiques disparaître avant que l'anémie se soit améliorée. De nouvelles recher-


OCRÉINE
30 années
de références...
vous lui devez
la préférence!...
GRÉMY
LABORATOIRES
G. GRÉMY
14, RUE DE CLICHY PARIS

ches doivent être entreprises avant de pouvoir affirmer qu'il y a une relation directe entre l'anémie et les troubles mentaux chez les biermériens.

R. Rivoire.

W. Lennox et **T. von Storch.** ***Le tartrate d'ergotamine chez 120 malades atteints de migraine*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 3, 20 Juillet 1935, p. 169-171). — L. et v. S. ont administré du tartrate d'ergotamine à 120 malades atteints de migraine. Chez 107 d'entre eux, la première application de ce remède détermina un soulagement immédiat. 19 de ces malades emploient l'ergotamine depuis plus d'un an, et tous, sauf un, ont obtenu chaque fois qu'ils l'ont utilisée un soulagement de leur céphalée. Cependant il semble que chez certains de ces malades les crises de migraine tendent à se reproduire plus fréquemment. D'autre part, certains symptômes désagréables peuvent s'observer : notamment les nausées (77 pour 100) et les vomissements (60 pour 100), des douleurs musculaires, des paresthésies. Les auteurs n'ont, par contre, jamais observé d'accidents graves.

La voie d'administration doit être intraveineuse ou sous-cutanée, la voie veineuse donnant un soulagement plus précoce (quinze à trente minutes), et exposant moins aux vomissements. La dose habituelle est de 0 milligr. 5. La voie digestive doit être proscrite, car la drogue est mal absorbée ainsi et les résultats plus inconstants.

R. Rivoire.

A. Master. ***Le traitement de la thrombose coronaire par le repos prolongé au lit et un régime à faible valeur calorique; pronostic amélioré*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 5, 3 Août 1935, p. 337-341). — A. M. développe au cours de cet article une méthode personnelle du traitement de l'infarctus coronaire, qui semble améliorer considérablement le pronostic de cette redoutable affection. Elle consiste en un repos *absolu* au lit pendant six semaines, suivi d'une reprise très progressive et prudente des mouvements, et un régime très peu nutritif : diète absolue pendant quelques jours, puis alimentation légère ne dépassant pas 800 calories par jour. Le régime peu nutritif a pour effet, comme on le sait, de diminuer le métabolisme basal, et aboutit en somme au même résultat que la thyroïdectomie totale préconisée par les auteurs américains dans le traitement des affections cardiaques et coronaires.

A. M. a traité par cette méthode 75 malades atteints d'infarctus du myocarde, avec seulement 6 décès, ce qui est une statistique très nettement supérieure à toutes celles antérieurement publiées. Quant aux résultats lointains, ils seront aussi très favorables, 65 pour 100 des malades reprenant leurs occupations après guérison complète.

R. Rivoire.

S. Haines et **R. Mussey.** ***Troubles menstruels associés à une diminution du métabolisme basal sans myxœdème*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 8, 24 Août 1935, p. 557-560). — Un certain nombre de femmes présentant des troubles menstruels (aménorrhée, oligoménorrhée, ménorragies) et un métabolisme basal diminué furent traitées par de l'extrait thyroïdien, à l'exclusion de toute autre thérapeutique. Les résultats de ce traitement furent excellents, puisque environ 75 pour 100 des malades atteintes d'aménorrhée ou de ménorragie furent nettement améliorées, et 50 pour 100 de celles atteintes d'oligoménorrhée.

Ces résultats sont particulièrement brillants, et rappellent l'attention des cliniciens sur les très bons effets de cette thérapeutique, depuis longtemps connus, et un peu oubliés depuis la vogue des hormones ovariennes. Il n'est pas certain d'ailleurs que la constatation d'une diminution du métabolisme basal soit une condition « sine qua non » pour l'utilisation de cette thérapeutique, car de nombreux auteurs ont signalé aussi d'excellents résultats chez des malades dont le métabolisme était normal.

R. Rivoire.

T. Jones et **E. Bland.** ***Signification clinique de la chorée, en tant que manifestation de l'infection rhumatismale : étude pronostique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 8, 24 Août 1935, p. 571-577). — Dans cet important travail, les auteurs envisagent le pronostic éloigné de la chorée, en tant que manifestation rhumatismale, c'est-à-dire avant tout la probabilité de l'apparition ultérieure d'une cardiopathie évolutive. Cette étude est basée sur l'évolution de 500 malades atteints de chorée, comparée à celle de 500 malades atteints d'autres manifestations de l'infection rhumatismale.

Au cours d'une période ultérieure de 8 ans, 72 pour 100 des malades atteints de chorée présentèrent d'autres lésions rhumatismales : chez 28 pour 100 seulement, la chorée fut la seule manifestation.

Quant à la fréquence des lésions cardiaques elle fut de 86 pour 100 dans le groupe des malades rhumatisants sans chorée, et de 54 pour 100 chez les choréiques. En poussant plus loin l'analyse, on voit que, chez les choréiques, les lésions cardiaques s'observèrent dans 75 pour 100 des cas, lorsque la chorée fut suivie de manifestations rhumatismales, alors qu'elles n'apparurent que dans 3 pour 100 des cas chez les malades où la chorée resta pure. Le nombre des crises de chorée ne semble pas influencer la fréquence des lésions cardiaques.

La mort survint dans 0,7 pour 100 des cas chez les malades atteints de chorée simple, dans 14 pour 100 chez ceux atteints de chorée avec rhumatisme, et dans 32 pour 100 chez ceux atteints de rhumatisme seul.

Il semble donc que la chorée puisse être considérée comme une forme atténuée de l'infection rhumatismale.

R. Rivoire.

W. Machle. ***L'intoxication par le plomb-tétra-éthyle et l'empoisonnement par les composés plombiques voisins*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 8, 24 Août 1935, p. 578-585). — Depuis que le plomb-tétra-éthyle est employé universellement comme antidétonant dans les moteurs à explosion, une recrudescence formidable des accidents de saturnisme aigu a été observée, surtout dans les pays producteurs, notamment l'Amérique. W. M. donne dans cet important article une revue générale complète de cette question, basée sur l'étude de 78 cas.

Le plomb-tétra-éthyle étant un composé très volatil, le saturnisme qu'il détermine se présente sous une forme très particulière, liée à l'absorption du toxique par les voies respiratoires : c'est avant tout une encéphalopathie.

Après un intervalle libre de plusieurs heures, l'intoxication débute par une phase prodromique d'une heure environ, caractérisée par des vertiges, de la dépression ou de l'irritation, de la céphalée, de la brachycardie. Puis apparaît une crise de manie aiguë, qui ne diffère guère des autres délires toxiques, et dure quelques heures ou quelques jours.

Une forme particulière est la forme schizophrénique, d'un diagnostic très difficile.

L'examen des urines et du sang révèle la présence d'une forte quantité de plomb, et cela très précocement.

Le pronostic n'est pas très mauvais. Le plus souvent la guérison survient rapidement, et il n'y a pas de séquelles.

R. Rivoire.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

Helen B. Taussig et **D. B. Remsen.** ***Hypertension artérielle essentielle chez un enfant de 2 ans*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 57, n° 4, Octobre 1935, p. 183-192). — Chez un jeune nègre de 2 ans, entré pour toux et dyspnée depuis 3 semaines, on trouva une tension artérielle de 12-9. Il présentait en outre des signes de défaillance cardiaque et une augmentation de volume du cœur qui indiquait que l'hypertension existait déjà depuis quelques mois. Elle persista jusqu'à la mort au même niveau, c'est-à-dire pendant 8 mois.

Le taux de l'urée sanguine entre 0,38 et 0,33 et une phénol-sulfo-phtaléine entre 30 et 55 pour 100 en 2 heures étaient les seuls témoins d'un trouble rénal. L'évolution fut analogue à celle de l'asystolie des hypertendus adultes.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion à quoi attribuer cette hypertension. Aucune lésion du système artériel. Les altérations des reins étaient si légères, si disséminées et paraissaient si récentes qu'il semble difficile de leur attribuer une hypertension déjà ancienne. Les surrénales étaient petites ; les autres glandes normales. Le rôle possible de l'hypophyse du sinus carotidien ou de la moelle ne peut être qu'une hypothèse.

Robert Clément.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Sollmann, Schreiber et **Cole.** ***Excrétion du mercure après les injections intra-musculaires et intraveineuses*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. 32, n° 1, Juillet 1935, p. 1-48). — S., S. et C. ont étudié le mécanisme de l'excrétion urinaire du mercure après l'injection intramusculaire et intraveineuse de divers composés mercuriques.

D'après la *courbe de l'excrétion*, ils divisent ces composés en plusieurs groupes :

A. Excrétion périodique, rapide et complètement rémittente : l'acmé est atteint au bout de une à deux heures et l'excrétion revient à 0 au bout de huit à vingt-quatre heures. Ce groupe comprend les injections intraveineuses de salyrgan, les injections intraveineuses et intramusculaires de novasurol, les injections intraveineuses d'oxycyanure Hg.

B. Excrétion périodique, complète, mais plus lentement rémittente et non cumulative; l'acmé est rapidement atteint, mais la descente est plus lente ; ce groupe comprend le salyrgan (injections intramusculaires), le mercurosal (injections intramusculaires et intraveineuses), le mercure métallique colloïdal en injections intraveineuses.

C. Excrétion périodique, incomplètement rémittente et cumulative : acmé rapidement atteint, mais descente plus lente et incomplète, si bien que les excrétions des injections suivantes se superposent : ce groupe comprend les injections intramusculaires de salicylate de Hg, le sulfure de Hg colloïdal (injections intramusculaires et intraveineuses), le benzoate Hg (intramusculaire), le bromure Hg et Na (intramusculaire).

D. Excrétion continue et cumulative : ce groupe comprend les injections intramusculaires des préparations difficilement solubles, les suspensions huileuses de Hg métallique, de protochlorure Hg, le Hg par voie buccale et en frictions.

Au point de vue de l'*intensité de l'excrétion mercurielle*, on peut noter 3 groupes :

A. Excrétion moyenne à la fin de la quatrième

semaine de moins de 0,5 milligr. Hg par jour ; frictions hebdomadaires avec pommade au calomel à 50 pour 100 ou onguent à 4,6 pour 100 de Hg, pilules de sublimé, injections de mercure métallique (I.V.), sulfure Hg (I.M.), oxycyanure Hg (I.V.),) bromure Hg (I.V.), benzoate Hg (I.M.), novasurol, salyrgan, novasurol, mercurosal.

B. Excrétion moyenne à la fin de la 4e semaine de 0,8 à 1 milligr. Hg. par jour : frictions mercurielles à 30 et 50 pour 100 Hg., injections quotidiennes de bromure Hg, (I.M.), d'huile grise, *mercurium cum creta* par la bouche (0,2 gr.).

C. Excrétion moyenne variant de 2 à 4,5 milligr. Hg par jour : injections intra-musculaires de calomel de sulfure Hg (I. V.), de salicylate Hg (I.M.) ; par voie buccale, *mercurium cum creta* (0,5 gr.), calomel, protoiodure.

Les préparations du groupe A (moins de 0,5 milligr. Hg par jour) sont insuffisantes à guérir la syphilis; celles du groupe B sont nettement antisyphilitiques, mais peuvent causer de la stomatite; celles du groupe C agissent rapidement sur la syphilis, mais peuvent déterminer une stomatite grave.

Des quantités considérables de mercure sont retenues indéfiniment dans les tissus, surtout avec les injections intraveineuses d'un composé organique diffusible (31 à 77 pour 100); ces rétentions sont particulièrement élevées avec les solutions colloïdales (de 96 à 99 pour 100). Comme l'action antisyphilitique cesse promptement avec l'excrétion, le mercure retenu est thérapeutiquement non employé; il est indésirable, car il peut n'être pas sans danger pour les tissus.

R. Burnier.

Wile, Cameron et **Eckstein.** ***Action des rayons X sur les lipides de l'épiderme*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **32**, n° 1, Juillet 1935, p. 69-72). — W., C. et E. ont recherché les effets de l'irradiation cutanée par les rayons X sur les lipides de l'épiderme humain.

Ils ont constaté que ces rayons tendent à produire une réduction de la quantité totale des lipides de l'épiderme, et que le cholestérol et les phospholipides participent à cette réduction.

R. Burnier.

ARCHIVES OF SURGERY
(Chicago)

Richard F. Northrop (Philadelphie). ***Aspiration continue avec une sonde duodénale. Effet sur la composition du sang*** (*Archives of Surgery*, vol. **30**, n° 6, Juin 1935, p. 1040-1048). — Cet article traite des modifications sanguines qui suivent l'aspiration continue des liquides gastro-duodénaux grâce à l'introduction d'une sonde duodénale. L'étude a été faite sur 24 opérés en comparant les réactions différentes chez ces patients.

Dans une première série on s'est borné à faire simplement de l'aspiration duodénale, et dans les séries différentes les malades ont reçu des injections intraveineuses ou des injections hypodermiques de solutions salines. Dans une autre série, enfin, on a réinjecté par lavement rectal les liquides recueillis par la sonde duodénale.

Les résultats sont les suivants : à la suite de cette soustraction large de liquide gastro-duodénaux on observe une baisse de la chlorhydrie sanguine et une élévation de l'hémoglobine et du nombre des hématies.

Des différentes expériences faites par l'auteur, on peut conclure que les injections intraveineuses paraissent les mieux adaptées à combattre ces modifications chimiques. En outre, il semble que la réadministration rectale du liquide aspiré soit une bonne méthode pour combattre dans l'occlusion intestinale la déshydratation et la chute des chlorures avec l'alcalose concomitante.

En terminant, au point de vue pratique, l'auteur recommande la sonde duodénale avec aspiration dans les suites opératoires troublées par nausées, vomissements, etc...

E. d'Allaine.

AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
(Saint-Louis)

Raphaël Kurzrok, Léon Wilson et **Michaël Cassidy.** ***Traitement de l'aménorrhée par de grosses doses d'hormone œstrogène*** (*The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. **29**, n° 6, Juin 1935, p. 771-786). — K., W. et C. ont employé l'amniotin Squibb provenant du liquide amniotique de bovidés et le progynon B de Schering dans des cas d'aménorrhée, soit aménorrhée primitive (12 cas), soit secondaire (13 cas). A la dose de 40.000 unités-rats, ils ont obtenu un cycle menstruel absolument normal. Il faut 100.000 unités ou davantage pour réaliser la puberté dans les cas d'aménorrhée primitive avec les modifications morphologiques (seins, bassins, etc.), physiologiques et psychologiques concomitantes. En ce qui concerne les seins, il faut un minimum de 50.000 unités. Dans quelques cas, la cessation du traitement a été suivie d'une involution régressive.

Henri Vignes.

Earl T. Engle, Philip E. Smith et **M. C. Shelesnyak.** ***Rôle de l'œstrine et de la progestine dans la menstruation expérimentale*** (*The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. **29**, n° 6, Juin 1935, p. 787-797). — Trois théories se proposent d'expliquer l'écoulement menstruel : cessation de l'activité lutéinique et disparition de la progestine, — baisse de l'œstrine, — intervention directe d'une substance active d'origine hypophysaire.

La première théorie a pour elle les expériences princeps d'Allen : métrorragie après cessation des injections de folliculine chez une femelle castrée. Mais cette métrorragie est-elle un équivalent de la menstruation ? En tout cas, en ce qui concerne l'espèce humaine, les dosages de folliculine faits par R. T. Frank et par Siebke dans le sang et l'urine s'inscrivent contre cette théorie. Quoi qu'il en soit de sa signification, l'hémorragie après cessation des injections de folliculine a pu être retardée par les auteurs grâce à des injections de progestine et l'écoulement sanguin est apparu de 3 à 5 jours après la fin du traitement de progestine. Cette hémorragie se produit même si on institue une nouvelle série de folliculine.

Henri Vignes.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

W. R. Ingram et **R. W. Barris.** ***Diurèse accompagnant la stimulation directe de l'hypophyse*** (*Endocrinology*, t. **19**, n° 4, Juillet 1935, p. 434-440). — Ces expériences ont porté sur des chats anesthésiés avec un dérivé barbiturique et dont l'urine était exactement recueillie. L'hypophyse était excitée au moyen d'une fine électrode bipolaire parcourue par un courant faradique.

Chez 11 chats sur 16 on détermina ainsi une diurèse manifeste, qui, chez 4 d'entre eux, ne s'accompagna pas de glycosurie ni d'hyperglycémie. Chez les 7 autres il se produisit de la glycosurie, mais chez 2 animaux seulement, celle-ci se montra après l'excitation de l'hypophyse, tandis que chez les autres chats elle préexistait à l'excitation. Les 5 chats, chez lesquels on ne constata pas de diurèse, présentèrent aussi de la glycosurie. Chez un autre animal il n'y eut ni diurèse ni glycosurie.

5 autres chats eurent de la diurèse spontanée et de la glycosurie ; cette diurèse se distinguait de la diurèse déterminée par la stimulation de l'hypophyse en ce qu'elle apparaissait aussitôt après l'opération et qu'elle persistait pendant un temps considérable.

L'examen histologique du tuber cinereum et de l'hypophyse chez tous ces animaux montra que le point d'application de l'excitation déclenchant la diurèse se trouvait à la surface du lobe antérieur, tout près de la portion tubérienne. L'excitation profonde du lobe antérieur ne s'accompagna pas de diurèse, mais souvent d'hyperglycémie.

De ces recherches I. et B. concluent que la polyurie transitoire qui suit immédiatement l'opération faite pour réaliser le diabète insipide est très probablement due à l'irritation de l'hypophyse au niveau du point ci-dessus indiqué.

P.-L. Marie.

D. R. Mc Cullagh et **E. L. Walsh.** ***Hypertrophie et atrophie expérimentales de la prostate*** (*Endocrinology*, t. **19**, n° 4, Juillet 1935, p. 466-470). — M. et W. ont découvert dans l'urine masculine une substance lipo-soluble, l'androtine, qui détermine la croissance de la crête chez le chapon et possède toutes les propriétés d'une hormone extraite des testicules. Toutefois cette hormone, à elle seule, ne peut maintenir un animal castré dans un état complètement normal et ne peut donc expliquer toutes les fonctions endocrines des testicules. L'androtine maintient le volume des glandes sexuelles secondaires, mais est incapable de s'opposer à l'hypertrophie de l'hypophyse résultant de la castration. Aussi M. et W. ont-ils soupçonné l'existence d'une seconde sécrétion interne testiculaire (inhibine), dont un des rôles serait de refréner l'activité de l'hypophyse. Tandis que l'androtine provoque l'hypertrophie de la prostate chez les rats normaux, l'inhibine doit entraîner son atrophie. M. et W. ont cherché à le vérifier de la façon suivante :

Sur des rats mâles adultes en parabiose (anastomose des cavités péritonéales) dont l'un est castré, les glandes génitales du partenaire normal se trouvent stimulées, tandis que les glandes sexuelles secondaires du rat castré s'atrophient. L'injection d'androtine ou d'émulsion de testicule chez le rat castré s'oppose à la stimulation des glandes sexuelles du partenaire normal et à l'atrophie des glandes sexuelles secondaires du rat castré. L'injection d'inhibine chez le rat castré empêche les modifications normalement observées.

Injectée aux rats mâles normaux, l'androtine produit l'hypertrophie des glandes sexuelles secondaires. Par contre, l'inhibine détermine de l'atrophie des glandes sexuelles secondaires, et de la prostate en particulier, chez le rat mâle, une diminution du volume de l'éjaculation chez le cobaye et chez la femelle du rat une cessation du cycle œstral.

Des substances toxiques non spécifiques (peptone, vaccin typhique) se sont montrées dépourvues des propriétés de l'inhibine.

P.-L. Marie.

IL POLICLINICO [Sezione medica]
(Rome)

A. Ferrannini. ***Parathyroïdes et métabolisme des hydrates de carbone*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. **42**, n° 5, 1er Mai 1935, p. 285-299). — F. a étudié chez 14 sujets normaux les variations de la glycémie à jeun après injection de 2 centigr. d'extrait parathyroïdien ; à part un cas où il y a eu une élévation légère de la glycémie, celle-ci a

toujours baissé (de 11 à 64 centigr.), la baisse se produisant soit entre la 15e et la 60e minute, soit entre la 4e et la 5e heure, plus rarement à la 2e heure. L'épreuve d'hyperglycémie alimentaire faite dans 3 cas après injection d'extrait parathyroïdien a régulièrement montré une augmentation de la tolérance hydrocarbonée. Des déterminations en série de la glycémie après injections simultanées ou successives d'adrénaline et d'extrait parathyroïdien faites chez 4 sujets sains ont indiqué que cet extrait se comportait dans la majorité des cas vis-à-vis de l'adrénaline comme l'insuline. L'extrait parathyroïdien a donc sur la glycémie des sujets normaux une action comparable à celle de l'insuline.

LUCIEN ROUQUÈS.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

F. Serio et **I. Capizzi**. ***Sur le traitement de l'empoisonnement par le sublimé*** (*La Clinica medica italiana*, t. **66**, n° 6, Juin 1935, p. 523-539). — Binet et Marek ont insisté sur l'intérêt du traitement bicarbonaté dans la néphrite expérimentale par l'urane ; S. et C., après avoir confirmé les résultats de ces auteurs, ont essayé leur traitement dans 5 cas d'intoxication par le sublimé ; le bicarbonate de soude est employé par voie intraveineuse, en solution de 1 à 10 pour 100 sans que le taux de la solution ait une influence sensible sur les résultats ; les injections sont indiquées à tous les stades de l'intoxication ; elles ont d'autant plus d'effet que plus précoces ; leur action est surtout nette sur les manifestations gastro-intestinales qui disparaissent rapidement, bien moins évidente sur les troubles rénaux qui sont plus tenaces ; les cas où l'anurie est totale sont les plus résistants. Le mécanisme d'action du bicarbonate de soude n'est pas élucidé ; il semble qu'il n'agit pas en tant que neutralisant d'un état acidosique dont l'existence n'est pas démontrée ; à titre d'hypothèse, on peut admettre qu'il retarde l'élimination du toxique et favorise son accumulation dans les éléments du tissu réticulo-endothélial.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Fontana. ***La rate saturnine*** (*La Clinica medica italiana*, t. **66**, n° 6, Juin 1935, p. 559-595). — Ayant examiné la rate de 18 saturnins chroniques d'âges variés, F. conclut que les altérations spléniques de l'intoxication expérimentale sont différentes de celles de l'intoxication humaine ; la rate saturnine est doublée de volume, de consistance dure et fibreuse, de couleur sombre sur les coupes, sans follicules visibles, aspect macroscopique qui la distingue déjà des rates sénile et artériosclérotique. Les lésions portent avant tout sur le système vasculaire ; au niveau de la rate comme du rein, ce sont les petits vaisseaux qui sont les plus atteints, mais l'angiofibrose capillaire des glomérules aboutit à la sclérose et à l'atrophie du rein, tandis que l'angiofibrose splénique s'associe à des processus dégénératifs et productifs qui intéressent tout l'appareil réticulaire sous la forme d'une dégénérescence hyaline et amyloïde et qui augmentent le volume de l'organe tout en lui donnant un aspect cirrhotique : il s'agit d'une pseudo-hypertrophie de la rate. La dégénérescence hyaline et amyloïde semble favorisée dans la rate par une action locale du toxique qui s'y dépose en abondance ; on peut admettre qu'à l'altération primitive d'ordre fonctionnel (spasme capillaire) succède un processus de panvascularite productive oblitérante associée à d'importants phénomènes dégénératifs souvent assez intenses pour donner à la rate saturnine une physionomie toute spéciale.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Giauni. ***L'hypoglycémie hypophysaire*** (*La Clinica medica italiana*, t. **66**, n° 7, Juillet 1935, p. 599-631). — G. a étudié le métabolisme hydrocarboné dans un cas de dystrophie adiposo-génitale et dans un cas de nanisme hypophysaire ; chez les deux malades, il y avait une hypoglycémie nette, des anomalies de l'épreuve d'hyperglycémie alimentaire avec phase d'hypoglycémie post-hyperglycémique prolongée, une limite de tolérance assez élevée et une sensibilité particulière à l'insuline ; l'injection d'hormone pré-hypophysaire a produit une hyperglycémie surtout nette dans un cas, tandis que l'hormone post-hypophysaire n'a eu que peu d'action. Dans ces deux cas qui correspondent après les données actuelles à des insuffisances pré-hypophysaires, il y avait donc un trouble du métabolisme hydrocarboné à type d'hypoglycémie ; l'hypoglycémie ne se traduisait par aucun signe clinique, à part peut-être une sensation d'asthénie dans un cas.

De l'ensemble des données cliniques et expérimentales, on peut conclure qu'à côté des hypoglycémies pancréatiques, par régime carencé, par élimination anormale de glucides (diabète rénal, lactation) ou d'ordre strictement glandulaire (insuffisance surrénale ou thyroïdienne, il existe certainement une hypoglycémie hypophysaire ou neuro-hypophysaire. La régulation centrale des glucides est assurée surtout par l'hypophyse et les centres nerveux augmentent ou freinent suivant les circonstances la sécrétion insulinienne ; le rôle de l'hypophyse est de premier plan, qu'il s'exerce par l'intermédiaire des glandes sur lesquelles l'hypophyse a une action de contrôle, ou indirectement par les centres du tuber ou du thalamus; cette dernière conception cadre avec celle qui fait de l'hypophyse et du tuber un seul système sous-thalamo-glandulaire.

LUCIEN ROUQUÈS.

N. Fucci. ***Sur une nouvelle méthode d'exploration de la fonction antitoxique du foie par la santonine*** (*La Clinica medica italiana*, t. **66**, n° 7, Juillet 1935, p. 660-682). — L'épreuve à la santonine de Moukhtar (ingestion de santonine et recherche de l'élimination de l'oxysantonine dans l'urine) est d'une réalisation simple à la portée de tout praticien ; elle a une réelle valeur comme test de la fonction antitoxique du foie hormis les cas suivants : existence de lésions rénales, présence d'urines riches en pigments biliaires, en sang, en muco-pus ou médicamenteuses (le dosage colorimétrique de l'oxysantonine est difficile dans ces urines), existence de troubles gastro-intestinaux qui peuvent entraver l'absorption de la santonine. A l'état normal, la santonine subit de la part du foie une oxydation et une désintégration et il n'y a dans l'urine qu'une faible quantité d'oxysantonine ; lorsque le pouvoir anti-toxique du foie est en défaut, une partie de la santonine est oxydée et le reste, franchissant la barrière hépatique, passe dans l'urine ; la forte coloration que donne dans le dosage l'addition de soude à l'urine est alors due beaucoup plus à la santonine éliminée sans modification qu'à son dérivé oxydé.

LUCIEN ROUQUÈS.

MINERVA MEDICA
(Turin)

N. Fucci. ***Sur la valeur de la recherche des cellules néoplasiques dans les liquides de ponction des grandes cavités séreuses*** (*Minerva medica*, an. **25**, t. 1, n° 25, 23 Juin 1935, p. 877-882). — F. a recherché les cellules néoplasiques dans une série de cas d'ascite et d'épanchement pleural, soit par dessiccation du culot et coloration par le May-Gründwald-Giemsa, soit par inclusion dans la paraffine du culot additionné d'agar et coupe : dans 17 cas où la présence de cellules à caractères typiquement néoplasiques avait été constatée, le diagnostic de tumeur primitive ou secondaire de la séreuse n'a été vérifié que 13 fois ; 2 fois, il s'agissait de tuberculose, une fois de maladie de Hodgkin et dans le dernier cas l'évolution a permis d'éliminer le cancer sans que le diagnostic exact ait été posé. Dans 12 cas, où les cellules néoplasiques n'ont jamais pu être mises en évidence, il s'agissait 9 fois d'affections non cancéreuses et 3 fois de cancer. LUCIEN ROUQUÈS.

L. Bargi. ***Troubles du métabolisme lipidique dans les syndromes post-encéphalitique*** (*Minerva medica*, an **25**, t. 2, n° 29, 21 Juillet 1935, p. 71-78). — B. a étudié le métabolisme des lipides chez 20 sujets présentant des syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques à l'exclusion de l'obésité ; dans 4 cas seulement, il y avait de l'hyperlipidémie; les troubles du métabolisme des lipides sont en effet plus qualitatifs que quantitatifs et c'est l'étude des diverses fractions lipidiques du sang, cholestérine libre et combinée, éthers de cholestérine, graisses neutres, acides gras, phosphatides, qui les met le mieux en évidence ; ces troubles sont constants lorsque le syndrome parkinsonien a une certaine intensité, mais il n'y a pas de parallélisme entre leur importance et celle du syndrome ; chacune des fractions lipidiques présente des variations différentes suivant les cas et il est impossible de décrire une formule unique ; après un rappel des faits qui tendent à démontrer l'existence d'une régulation lipémique d'origine nerveuse, B. estime que les troubles de la lipémie observés dans les syndromes post-encéphalitiques dépendent pour une part de l'atteinte des centres supérieurs. LUCIEN ROUQUÈS.

F. Marcolongo et **O. Maestri**. ***L'influence de l'hormone rétro-hypophysaire sur la fonction rénale dans les néphropathies aux points de vue clinique et pronostique*** (*Minerva medica*, an. **25**, t. 2, n° 30, 28 Juillet 1935, p. 106-112). — Dans les néphrites aiguës, les modifications produites par l'hormone rétro-hypophysaire sur le pouvoir de concentration du rein et à moindre degré sur le pouvoir de dilution ne manquent que lorsque le pouvoir de concentration est déjà redevenu normal ; l'hypophyse entraîne une augmentation de la densité maxima de l'urine dans les cas qui évoluent vers la guérison, sans que l'augmentation même lorsqu'elle est accentuée et précoce indique avec constance et précision la survenue rapide de la guérison ; l'augmentation de la densité maxima peut manquer à la période d'état dans les cas graves comme dans ceux qui évolueront plus tard vers la guérison et même être remplacée par une diminution de la densité ; les variations de la diurèse globale au cours de l'épreuve de concentration n'ont pas de rapport constant avec celles de la densité maxima. Dans les néphrites chroniques, on observe sous l'influence de l'extrait hypophysaire des variations plus ou moins importantes de la concentration maxima dans les cas où l'insuffisance rénale est légère et débutante et dans ceux où l'insuffisance tout en étant importante et progressive marque une certaine tendance à être stationnaire ; les variations sont insignifiantes ou nulles dans les formes plus graves et évoluant depuis longtemps où il existe parfois cependant de petites modifications de la densité maxima. Dans l'hypertension primitive pure, l'action de l'hypophyse sur le pouvoir de concentration est faible ; mais il faut tenir compte de la concentration déjà élevée qu'ont les malades dans les épreuves faites sans hypophyse ; les modifications les plus nettes sont observées dans les cas où l'état fonctionnel du rein n'a pas tendance à s'altérer ; elles manquent dans ceux qui évoluent vers l'insuffisance rénale, mais ceci inconstamment. LUCIEN ROUQUÈS.


ENTÉRITES, DIARRHÉES, CONSTIPATIONS, DERMATOSES,
AUTO-INTOXICATIONS
OZÈNES
BULGARINE THÉPÉNIER
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL DE BACILLES BULGARES
1º BOUILLON
4 Verres à Madère par jour
2º COMPRIMÉS
6 à 8 Comprimés par jour avant les repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8ᵉ

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

A. Tommaselli. ***Action de la déciduale sur la glande mammaire, l'ovaire, l'utérus et l'hypophyse*** (*La Riforma medica*, t. **51**, n° 22, 1er Juin 1935, p. 826-832). — Des injections hypodermiques quotidiennes d'un extrait glycériné de déciduale, commencées soit quelques jours après l'accouchement, soit aussitôt après et poursuivies pendant vingt-cinq à trente jours, déterminent dans la presque totalité des cas (97 pour 100 d'après plus de 250 essais) une augmentation de la sécrétion mammaire. Expérimentalement, les extraits de déciduale administrés par voie parentérale déterminent l'hypertrophie de la glande mammaire et activent sa sécrétion ; ces extraits paraissent dépourvus d'action sur l'hypophyse, l'ovaire et l'utérus ; on observe parfois cependant au niveau de la muqueuse utérine un certain état d'hypoactivité des divisions nucléaires des cellules de revêtement des cryptes glandulaires, qui rappelle l'involution que cet organe subit normalement au cours de la lactation. LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
(Bologne)

A. Poppi. ***La carcinose pulmonaire endolymphatique généralisée*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **14**, n° 5, Mai 1935, p. 487-509). — La carcinose pulmonaire endolymphatique généralisée, caractérisée par des métastases diffuses dans toute l'étendue du réseau lymphatique pleuro-pulmonaire, est plus connue en France sous le nom de granulie cancéreuse des poumons ; décrite par Troisier, et déjà signalée par Andral, elle est peu fréquente, et l'observation de P., celle d'un homme de 49 ans présentant un cancer primitif de l'estomac, est la 66e publiée. Dans les trois quarts des cas, le cancer primitif est gastrique et il y a presque toujours envahissement des ganglions lymphatiques abdominaux et des hiles pulmonaires ; à leur surface et sur les coupes, les poumons présentent un réseau de cordons blanchâtres d'épaisseur non uniforme ; histologiquement, les lymphatiques sont bourrés de cellules cancéreuses, dans la règle simplement distendus, l'alvéolite cancéreuse étant rare. La carcinose pulmonaire endolymphatique est exceptionnellement latente ; la dyspnée est le signe capital et certaines formes méritent le nom d'asphyxiantes aiguës ; la toux sèche est presque constante ; la cyanose manque plus souvent ; la douleur fait souvent défaut ; les signes physiques sont très discrets ou nuls ; la température est normale ou subfébrile ; les radiographies montrent des ombres hilaires élargies et un réseau à mailles assez fines qui va des hiles vers la périphérie, avec de petites images nodulaires. L'infarcissement de tout le réseau lymphatique pulmonaire, sans envahissement de ses parois, pose un problème pathogénique non résolu ; l'existence d'une altération pulmonaire antérieure ne paraît pas nécessaire et au contraire, dans certains cas, les poumons sont remarquablement peu anthracosiques ; d'ailleurs l'âge moyen des malades est peu élevé : 42 ans ; la propagation paraît se faire par voie rétrograde depuis les ganglions abdominaux par la chaîne prévertébrale ou le canal thoracique jusqu'aux ganglions du hile, mais l'envahissement du canal thoracique n'est pas fréquent. LUCIEN ROUQUÈS.

G. Azzolini. ***Pathogénie de la soi-disant azotémie chloropénique*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **14**, n° 5, Mai 1935, p. 545-560). — A. rapporte l'observation d'une femme de 50 ans admise à l'hôpital pour des vomissements quasi incoercibles en rapport avec une sténose duodénale spasmodique qui présentait une hyperazotémie (3 gr. 58) avec hypochlorurémie (2 gr. 6) et hypochlorurorachie (3 gr. 8), hyperprotéinémie (104 gr.), oligurie (300 cmc) sans albuminurie, hypochlorurie (3 gr. pour 1.000), et hypotension artérielle ; la guérison survint après rechloruration : injections intraveineuses quotidiennes de 40 cmc de sérum à 20 pour 100, injections sous-cutanées massives de solution physiologique, lavements salés, et, lorsque les vomissements cessèrent, 12 gr. de NaCl par la bouche. L'étude des dosages faits en série ne semble pas favorable à l'hypothèse de Blum de l'azotémie par manque de sel ; l'azotémie ne revint à la normale que longtemps après la chlorurémie et il y eut deux poussées isolées d'hyperazotémie ; on nota au début quelques troubles de l'élimination de l'urée, mais trop peu accentués pour expliquer l'azotémie qui d'ailleurs à certains moments coïncida avec une hyperazoturie ; selon toute probabilité, l'azotémie relève des désintégrations protéiques cellulaires produites par les toxiques qui se forment dans l'intestin en état d'occlusion ; elle est aggravée secondairement par l'oligurie et la carence en chlorure de sodium. LUCIEN ROUQUÈS.

LA PEDIATRIA
(Naples)

Guilio Suranyi (Budapest). ***Sur l'hypotonie infantile*** (*La Pediatria*, vol. **43**, n° 11, 1er Novembre 1935, p. 1201-1211). — S. a étudié 40 enfants hypotoniques à la Policlinique de la Clinique pédiatrique de l'Université Pazamany-Peter. Il signale à ce sujet que sur 1.431 enfants, 73 ont pu être classés comme hypotoniques, soit 5,1 pour 100, avec un nombre de filles un peu plus élevé que celui des garçons.

La tension artérielle est nettement abaissée chez les enfants hypotoniques, de 15 pour 100 en moyenne. Cette diminution se manifeste généralement plus accentuée chez les grands enfants à l'approche de la puberté.

Les troubles gastro-intestinaux n'ont pas paru devoir être incriminés pour expliquer l'apparition de l'hypotonie. D'autre part, cette dernière ne semble pas déterminée par des lésions cérébrales, car les altérations du système cérébro-spinal n'ont pas paru plus prononcées ou plus fréquentes chez les enfants normaux.

27 enfants hypotoniques ont été atteints de maladies infectieuses aiguës et, parmi eux, 14 étaient certainement des tuberculeux. S. admet que les infections peuvent accentuer l'hypotonie, mais il ne croit pas qu'elles en soient la cause déterminante.

La plupart des enfants hypotoniques sont pâles et leur développement physique est un peu inférieur à la normale, mais leur développement intellectuel est généralement régulier.

S. conclut de son travail qu'au point de vue « statique » le type hypotonique doit être maintenu, mais qu'à l'exception de l'abaissement de la tension sanguine la plupart des symptômes qu'on lui attribue sont inconstants. Doxiades avait noté que la plupart des enfants hypotoniques étaient des prématurés, mais S. n'a pu confirmer cette constatation. Sur le nombre d'enfants hypotoniques qu'il a examinés, trois seulement étaient des prématurés. G. SCHREIBER.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA
(Florence)

A. Lonedei et **E. Liesch.** ***La variété végétative de la maladie de Friedreich; syndromes végétatifs diencéphaliques et bulbaires (à propos de l'association de diabète sucré et de maladie de Friedreich familiale, de maladie de Simmonds et de syndrome cardio-respiratoire)*** [*Rivista di clinica medica*, t. **35**, nos 7-8, 15-30 Avril 1935, p 205-287]. — L. et L. rapportent les observations de deux sœurs et d'un frère atteints de maladie de Friedreich ; une des sœurs, diabétique depuis un an, présentant une maladie de Simmonds, de la sialorrhée et de l'hypotension, est morte à 36 ans d'un syndrome cardio-respiratoire fébrile aigu ; l'autre est morte à 17 ans de fièvre typhoïde, diabétique depuis trois ans et dysménorrhéique ; le frère âgé de 41 ans, est diabétique depuis trois ans et présente des crises de tachycardie avec dyspnée. Les troubles cardio-respiratoires de la maladie de Friedreich dépendent dans la plupart des cas d'une atteinte bulbaire; il peut exister d'autre part dans la maladie une série de manifestations végétatives (diabète sucré et insipide, épilepsie, maladie de Simmonds, polydipsie, crises vaso-motrices et sécrétoires, manifestations gastro-intestinales) que L. et L. pensent pouvoir rattacher à un trouble diencéphalique. Il existe une véritable forme végétative de la maladie de Friedreich caractérisée par la diffusion du processus au diencéphale médian et à la partie végétative du bulbe. LUCIEN ROUQUÈS.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

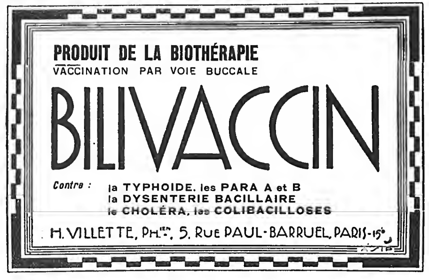
A. Bielinski et **L. Goldkorn.** ***Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intraveineuses de benzoate de soude*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **12**, n° 13, 4 Avril 1935, p. 260-265). — S'inspirant du travail de Bazzano (Milan) sur le traitement de l'ulcère de l'estomac et du duodénum par des injections intraveineuses de benzoate de soude et se basant sur les propriétés curatives de cette médication dans les affections pulmonaires, B. et G. l'introduisent dans la tuberculose pulmonaire. Cette méthode mise en application chez 60 malades a permis d'enregistrer des résultats encourageants comme l'attestent les observations et les images radiologiques rapportées au cours du travail. Le benzoate de soude est employé en injections intraveineuses quotidiennes à la dose de 10, 15 cmc de solution à 20 pour 100 en nombre variant de 30 à 60. Les effets thérapeutiques particulièrement heureux ont été observés dans la tuberculose au début, ils étaient satisfaisants dans la pleurésie séreuse et l'infiltration laryngée. Ce traitement est indiqué chez des malades ayant une abondante expectoration et chez lesquels une intervention chirurgicale compressive doit être tentée. FRIBOURG-BLANC.

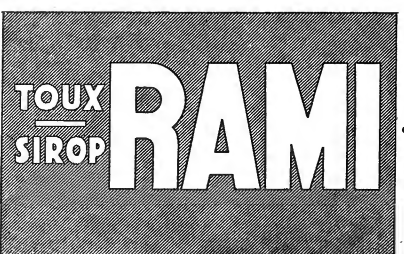
N. Mesz. ***Résultats radiothérapiques par une nouvelle méthode dans la maladie de Basedow*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **12**, nos 23-24, 27 Juin 1935, p. 477-480). — M., partisan du traitement de la maladie de Basedow par la radiothérapie à petites doses, s'est proposé de fixer la dose minima nécessaire pour obtenir le maximum de résultats.

La formule qu'il a adoptée définitivement à la suite du traitement de plus de 300 cas de maladie de Basedow se réduit à 5 séries d'irradiations espacées d'un mois.

Chaque série comprend une seule séance d'irradiation de quinze minutes dirigée alternativement tantôt sur le lobe 'roit, tantôt sur le lobe gauche et une fois sur la partie antérieure du cou et du sternum. La dose de rayons employés est de 110 kv., de 2 M. A. d'intensité, avec filtre de 4 Al. L'ampoule doit être placée à 26 cm. et le champ d'irradiation est de 6 cm. × 8. Ce qui dans l'ensemble réalise 125 V.

Il importe que les séries d'irradiation soient espacées d'au moins un mois, dans le but de maintenir le malade suffisamment longtemps sous l'effet des rayons X. Cette méthode ne comporte aucune contre-indication. FRIBOURG-BLANC.


PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
VACCINATION PAR VOIE BUCCALE
BILIVACCIN
Contre : la TYPHOIDE. les PARA A et B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
le CHOLÉRA, les COLIBACILLOSES
H. VILLETTE, PH.ᶜᴵᴱⁿ, 5, RUE PAUL-BARRUEL, PARIS-15°


TOUX
SIROP
RAMI


VICHY ETAT
VICHY-ETAT
VICHY ETAT

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

J. Vague. ***L'hépatonéphrite apiolique*** *(fin)* [*Gazette des Hôpitaux*, t. **108**, n° 95, 27 Novembre 1935, p. 1613-1616]. — Des expériences chez le cobaye avec l'apiol vert liquide, par voie digestive ou par voie sous-cutanée, ont montré que ce corps est peu toxique pour le cobaye (dose mortelle, 5 gr. par kilogramme et par jour).

L'intoxication rapide provoque une paraplégie ou paraparésie et des troubles de type cérébelleux. Lorsque l'intoxication se prolonge quelques jours, les troubles métaboliques prennent le pas sur les autres: amaigrissement intense et rapide, anorexie, somnolence, mort dans le coma après convulsions terminales. Dans tous les cas, on a observé une hyperazotémie moyenne (0,90 à 1 gr. 50) et une hypoglycémie relative. Ni ictère, ni hémorragie externe, mais présence de sang dans l'estomac à l'autopsie. L'albuminurie, la cylindrurie, l'hématurie microscopique sont constantes.

De deux femelles gravides, une seule intoxiquée a mis bas prématurément. La voie d'introduction du poison a peu d'influence sur son effet.

Chez l'homme et chez l'animal, l'étude anatomopathologique montre, après l'intoxication aiguë, des lésions surtout parenchymateuses du foie, à type de dégénérescence graisseuse périportale, avec réaction hypertrophique et hyperplasique de la zone moyenne du lobule et des lésions de glomérulo-tubulo-néphrite aiguë congestive, mais surtout dégénérative. L'intoxication suraiguë donne une nécrose hépatique à prédominance centro-nodulaire et périportale et une glomérulo-néphrite congestive. Dans certains cas prolongés chez l'homme, les lésions hépatiques seraient peut-être réactionnelles et guérissables, alors que la tubulo-néphrite épithéliale dégénérative conditionnerait l'évolution fatale.

Parmi les manifestations complexes de l'intoxication apiolique, se détache, surtout dans les formes subaiguës, un syndrome hépato-rénal particulièrement important.

Robert Clément.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD
(Lille)

O. Lambret. ***Pneumectomie totale pour un cancer du poumon gauche*** (*L'Echo médical du Nord*, t. **4**, n° 41, 13 Octobre 1935, p. 620-630). — Chez un homme de 59 ans, vieux bronchitique ayant présenté récemment des hémoptysies, la radiographie montrait une opacité homogène de la moitié inférieure du poumon gauche. Devant l'absence de métastase hilaire ou pulmonaire, on tenta une pneumectomie totale gauche.

Après anesthésie à l'évipan sodique, incision dans le 3e espace intercostal, section de la 3e et de la 4e côte sur 20 cm. de long. Le décollement pleuro-pulmonaire fut très pénible dans la région axillaire et impossible dans la région diaphragmatique. On laissa en place une mince lame de poumon épaisse d'un cm. La mort survint 18 heures après l'opération.

Un film a été pris de cette intervention. L'exploration après thoracotomie est un point important de l'opération ; dans le cas présent, on aurait pu se borner à l'ablation du lobe inférieur.

La technique de la pneumectomie pour cancer du poumon n'a pas atteint sa forme définitive, l'avenir fixera la meilleure voie d'accès, la manière de sectionner le hile, l'utilité du drainage, l'intérêt d'une thoracectomie immédiate ou ultérieure.

Robert Clément.

A. Patoir et **M. Filippi.** ***Sur le mécanisme de la mort dans la gangrène pulmonaire*** (*L'Echo médical du Nord*, t. **4**, n° 46, 17 Novembre 1935, p. 809-837). — La mort dans la gangrène pulmonaire est provoquée dans la plupart des cas par les manifestations générales de la toxi-infection gangreneuse engendrée par la source putride. Elle peut également survenir par l'activité des phénomènes morbides locaux provoquant des hémorragies qui se feront jour à l'extérieur ou plus rarement à l'intérieur de la cavité pleurale.

Dans les formes aiguës, le malade est emporté rapidement par la septicémie. L'infection s'est généralisée par voie sanguine, les germes associés agissent par leurs exotoxines solubles ou par leurs péritoxines, qui restent localisées autour du germe. Le malade, présentant fréquemment une diminution antérieure de sa résistance organique et disposant d'un champ d'hématose réduit, succombe sidéré par les microbes et leurs toxines et par la nécrose cellulaire locale. Parfois, la mort est le fait d'une septico-pyohémie. A l'infection sanguine généralisée se surajoutent des localisations suppurées.

Dans les formes subaiguës, les décharges toxiniques se répètent discontinues. Les toxines microbiennes et les poisons tissulaires provenant du parenchyme mortifié altèrent les émonctoires, les muqueuses digestives, provoquent la dégénérescence du foie, du myocarde et lèsent les centres nerveux ; les hémolysines circulantes entraînent de l'anémie. Dans les formes cachectiques, la mort survient ordinairement par syncope, à l'occasion d'un effort ou d'une fatigue.

La vie du gangreneux peut encore être abrégée par le développement de certaines maladies associées comme la tuberculose et le cancer ou par des hémorragies se manifestant sous forme d'hémoptysies ou d'hémothorax. Le pneumothorax réalise aussi une complication grave.

Les cas aigus sont mortels d'emblée, les cas subaigus à poussées successives ont un pronostic réservé. Il faut être prudent avant de parler de guérison ; cependant, le diagnostic de plus en plus précoce et les traitements plus efficaces ont permis d'en obtenir.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

D. Vincent. ***Technique de dosage de la mucine dans le suc gastrique, en clinique*** (*Lyon Médical*, t. **156**, n° 45, 10 Novembre 1935, p. 549-554). — La mucine, sécrétée par les cellules de l'épithélium gastrique, se trouve dans le suc gastrique à l'état de précipitation ; elle est seulement à l'état de dissolution lorsque le suc gastrique est anachlorhydrique.

Le dosage de la mucine par la mesure de son pouvoir réducteur après hydrolyse, ou par détermination d'azote, par la méthode de Kjeldahl, est long et délicat. On peut aussi utiliser des méthodes physico-chimiques comme la viscométrie. V. propose une technique basée sur la propriété qu'a la mucine de précipiter de ses solutions alcalines par addition d'acide acétique et de n'être pas soluble dans un excès de ce réactif. A un taux de dilution faible il se fait un trouble stable dont l'intensité peut être étudiée par comparaison avec des solutions-étalons au photomètre.

L'expérience a montré que pour avoir des dosages précis, il est nécessaire de diluer beaucoup (Concentration de moins de 1 pour 1.000). L'étude des courbes obtenues en fonction de la quantité d'acide acétique ajouté montre que celle-ci ne doit pas être trop faible.

Plusieurs causes d'erreurs grossières peuvent fausser le résultat. La salive est riche en mucine, la bile, également ; la présence de sang ou de plasma sanguin exsudé trouble aussi le dosage. Enfin, les débris alimentaires rendent l'opération pratiquement impossible ; il faut donc opérer sur du suc gastrique pur obtenu soit par l'épreuve à l'histamine, soit par la dégustation d'épreuve.

Avec des concentrations entre 0,50 et 1 p. 1.000, l'erreur ne dépasse pas 5 pour 100.

Pour n'être pas strictement exacte, cette méthode simple a une précision suffisante pour être appliquée en clinique.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE L'EST
(Nancy)

Richon, Abel et Kissel. ***A propos de la séméiologie du coma barbiturique. Considérations cliniques et expérimentales*** (*Revue médicale de l'Est*, t. **63**, n° 19, 1er Octobre 1935, p. 669-674). — Chez un certain nombre de sujets intoxiqués par un barbiturique, R., A. et K. ont observé un tableau clinique analogue, aujourd'hui classique : coma profond, flaccide, hypotonique, avec abolition de tous les réflexes tendineux, sans signes de localisation. Avec ce tableau clinique on peut faire le diagnostic de présomption d'intoxication barbiturique et presque se passer de la recherche, dans les urines, des corps toxiques.

Chez un homme de 23 ans, vigoureux et sans aucune tare organique, ils ont au contraire observé un coma hypertonique tout à fait atypique, à la suite de l'absorption de 12 cmc de somnifène. Le coma léger dura 2 jours et s'accompagna de contractures, trismus, hyperréflectivité tendineuse et probablement convulsions comme en témoignent les morsures de la langue. Les phases d'amélioration du coma coïncidèrent avec la diminution de la réflectivité tendineuse, les rechutes avec les reprises de la contracture.

Plusieurs auteurs ont signalé une phase d'hypertonie au début ou à la fin de l'intoxication barbiturique aiguë. L'allure atypique de ce coma serait en relation avec la dose absorbée, légère et non mortelle. Le coma n'avait pas une allure grave, le réflexe cornéen persistait, la sensibilité générale n'était pas complètement abolie.

Expérimentalement, c'est au début et à la fin de l'anesthésie barbiturique que s'observent les phénomènes de spasticité, c'est-à-dire au seuil de l'intoxication.

Ce sont les doses faibles, non mortelles, qui déterminent de la contracture ; ce fait peut dans certains cas avoir une valeur pronostique.

Chez un sujet en état de contracture, il a paru contre-indiqué de faire un traitement par la strychnine. On a essayé la coramine à la dose de 28 cmc 1/2. Ce médicament n'a pas paru influencer nettement l'évolution de l'intoxication ; d'autre part, après une injection de 9 cmc de coramine, on

a observé une accélération inquiétante du pouls et de la respiration.

R., A. et K. s'associent donc aux réserves faites par Flandin, sur le traitement par la coramine des comas barbituriques.

ROBERT CLÉMENT.

TOULOUSE MÉDICAL

H. Arnault. ***Les accidents cutanés de l'agranulocytose*** (*Toulouse médical*, t. **36**, n° 22, 15 Novembre 1935, p. 705-718). — Au cours de l'agranulocytose, les lésions cutanées sont rares, A. en a trouvé 11 observations dans la littérature. Elles siègent surtout aux endroits exposés au frottement, au pourtour des orifices naturels, mais on les a observées un peu partout. On a vu des lésions érythémateuses, œdémateuses, bulleuses, ulcéro-nécrotiques, et nodulaires pseudo-gommeuses. On n'a jamais mentionné l'existence de prurit, ni de lésions type prurigo. L'état général est si gravement atteint que l'on songe immédiatement à une infection générale plutôt qu'à une maladie de la peau.

Histologiquement, le derme papillaire et sous-papillaire présente un infiltrat en nappes et en coulées par des cellules à gros noyaux, pauvres en chromatine et à protoplasme faiblement coloré. Par places, ces infiltrats ont subi une dégénérescence pseudo-graisseuse. L'infiltrat est diffus et non nodulaire. En certains points, il y a des foyers de nécrose ; la limite entre la zone escarrotique et les infiltrats est très nette, linéaire. Il n'y a pas la moindre trace de diapédèse autour des foyers, pas de dilatation vasculaire.

Les lésions cutanées observées au cours de l'agranulocytose sont extrêmement différentes morphologiquement et histologiquement de celles des autres maladies du sang. On peut rapprocher les lésions nécrotiques de la peau de celles observées dans d'autres parenchymes.

La thérapeutique est surtout symptomatique : les lésions sont traitées comme celles de l'impétigo banal ou comme celles de l'érysipèle. Le véritable traitement est celui de l'agranulocytose et non celui des lésions cutanées.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

P. Lereboullet. ***L'anorexie du nourrisson*** (*Archives de médecine des Enfants*, t. **38**, n° 11, Novembre 1935, p. 645-659). — Caractérisée par le fait que l'enfant refuse tout ou partie de ses repas, elle peut être légère et sans importance ou grave et retentir profondément sur la nutrition. Chaque repas constitue un véritable drame. Dès que l'enfant aperçoit le biberon il se met à crier, à gesticuler et à repousser violemment son biberon avec les mains ou la tétine avec la langue. Chaque tétée demande trois quarts d'heure ou une heure d'efforts.

Cette anorexie du nourrisson doit être différenciée de *fausses anorexies* liées à une malformation buccale comme le bec-de-lièvre, à une rhino-adénoïdite, à une encéphalopathie congénitale. Elle doit ensuite être rattachée à sa véritable cause. L. distingue : 1° Les anorexies par troubles de l'état général (prématurité, débilité, hyperexcitabilité nerveuse, hypothyroïdie et myxœdème, cardiopathies congénitales, anémies graves de la 1re enfance) ; 2° les anorexies d'origine infectieuse (pyodermites, rhinites, adénoïdites, otites, bronchites, broncho-pneumonie, pyélonéphrite, coqueluche et surtout syphilis et tuberculose) ; 3° les anorexies d'origine directement alimentaire ou digestive (troubles gastro-intestinaux, dyspepsie du lait de vache, diarrhées communes, suralimentation ou sous-alimentation, aérophagie, carence alimentaire) ; 4° les anorexies d'origine nerveuse ou psychique. Le trouble nerveux peut être déclenché par une irritation locale (brûlure, poussée dentaire), mais d'autres fois l'inappétence paraît réellement psychique.

En général, la cause immédiate qui a déclenché l'anorexie n'est qu'un facteur occasionnel. Le psychisme de l'enfant, agité et distrait, joue par contre un grand rôle dans le développement de cette anorexie. Enfin le nervosisme de l'entourage entretient souvent et aggrave presque toujours l'état ainsi constitué, d'où importance de l'isolement.

Le traitement consistera à régler l'alimentation, à améliorer l'état général, l'état infectieux et l'état digestif de l'enfant. On prescrira du fer si le nourrisson est anémique, des vitamines, de l'extrait thyroïdien à faible dose, de l'adrénaline et parfois l'insuline.

Le traitement étiologique est important, notamment si l'on incrimine la syphilis. Les rayons ultra-violets sont à conseiller. Enfin, les médicaments sédatifs sont à recommander : gardénal, bromure, chlorure de calcium.

G. SCHREIBER.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

A. Bisson; J. Guillaume. ***Indications et contre-indications de la radiothérapie dans les tumeurs de la région hypophysaire*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. **19**, n° 11, Novembre 1935, p. 660-663). — B. et G., étant donné les progrès de la neuro-chirurgie, se sont efforcés d'exposer les indications et contre-indications de la radiothérapie dans le traitement de ces affections.

Indications : La radiothérapie est indiquée, en cas d'adénomes hypophysaires typiques, dans « les formes au début ou d'évolution assez lentement progressive présentant des signes généraux comme l'acromégalie, et des troubles oculaires non accentués », ces derniers étant en général améliorés sous l'action du traitement.

Les adénomes chromophiles sont les plus favorables à la radiothérapie, les adénomes chromophobes, d'ailleurs en principe plus justiciables de la chirurgie que les précédents, sont moins radio-sensibles.

Contre-indications : Les contre-indications sont : 1° les cas de diagnostic douteux, et celui-ci est souvent difficile à établir et prête même à des erreurs inévitables (tumeurs de la région détruisant la selle sans être des adénomes, lésions siégeant à distance avec hypertension) ; 2° toute aggravation rapide au cours du traitement qui doit faire interrompre les irradiations et intervenir chirurgicalement.

B. et G. conseillent, en vue d'une intervention ultérieure possible, d'éviter des doses trop intensives ou trop répétées avec des champs trop grands. Ils sont hostiles au traitement d'épreuve par les radiations, traitement aveugle et d'ailleurs contre-indiqué et pour les tumeurs non radio-sensibles et pour des tumeurs de natures diverses (gliome du chiasma, anévrysme).

MOREL KAHN.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Henning. ***L'importance de l'examen de la moelle osseuse par biopsie chez le vivant, pour les diagnostics cliniques et hématologiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 39, 27 Septembre 1935, p. 1543-1547). — L'importance de la biopsie de la moelle osseuse s'est accrue sensiblement depuis quelques années ; une série de méthodes ont été publiées pour faciliter le prélèvement, on a préconisé les ponctions sous anesthésie locale, soit au bistouri, soit au trocart ; ces ponctions ont été pratiquées au niveau du tibia, puis du sternum. H. préconise une méthode inspirée de celle d'Arinkin : le prélèvement se fait par ponction sternale à l'aide d'un trocart à travers lequel on injecte une solution qui est immédiatement réaspirée et examinée sur lames colorées. On obtient ainsi des préparations très analogues à des étalements de sang et dans lesquelles l'aspect des cellules médullaires peut être étudié.

La moelle osseuse normale a été tout d'abord examinée ainsi, puis H. a recherché les modifications de divers processus pathologiques sanguins : leucocytoses d'origine infectieuse, leucémies myéloïdes et lymphoïdes, formes aleucémiques, agranulocytoses, anémies pernicieuses, myélomes. La méthode extrêmemement simple et peu douloureuse n'a donné lieu qu'à un seul échec sur 200 ponctions. H. considère qu'il s'agit là d'un procédé qui doit prendre place dans les méthodes générales d'examen des maladies sanguines à côté de la cytologie sanguine.

G. DREYFUS-SÉE.

Zontscheff. ***Recherche sur l'étiologie de l'agranulocytose*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 39, 27 Septembre 1935, p. 1552-1555). — L'étiologie de la cytopénie essentielle des granulocytes est restée obscure jusqu'à présent malgré que de nombreux facteurs aient été invoqués, chacun d'entre eux paraissant jouer un rôle déclanchant dans certaines observations : bactéries, toxines, irradiation par rayons X ou par radium, arsénobenzol, or, etc... Depuis quelques années on a signalé dans maintes observations le rôle d'un médicament très répandu et en apparence très anodin : le pyramidon. Il est curieux d'incriminer un médicament employé depuis des années sans incident dans l'étiologie d'une aussi grave affection. En fait, environ 45 observations ont été publiées mais il faut songer au nombre considérable de personnes soumises à cette thérapeutique sans dommage. Z. décrit 2 observations d'agranulocytose typique survenue chez des sujets qui avaient absorbé d'assez grosses doses de pyramidon ; il faut noter d'ailleurs que chez ces deux sujets la substance incriminée n'avait pas été la seule médication employée par les malades ; la 1re avait pris également de l'atophan de façon prolongée et la 2e avait été traitée par de la novalgine intraveineuse. A la suite de ces remarques Z. a étudié systématiquement le sang de tous les malades traités dans sa clinique par des doses élevées de pyramidon administré de façon prolongée (100 malades recevant en moyenne 2 gr. 3 de pyramidon pendant 43 jours). Il n'a constaté aucune modification sanguine. La cuti- et l'intradermo-réactions à la solution de pyramidon pratiquées chez 50 sujets n'ont pas révélé de sensibilité spéciale. Ces diverses constatations montrent que le rôle étiologique du pyramidon comme facteur de l'agranulocytose est loin d'être démontré et que la question mérite de nouvelles recherches.

G. DREYFUS-SÉE.

H. Bartelheimer. ***Observations pratiquées durant la dernière épidémie de diphtérie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 43, 25 Octobre 1935, p. 1716-1718). — L'étude des épidémies successives de diphtérie démontre que chacune d'entre elles présente des caractères spéciaux en ce qui concerne l'aspect clinique, l'évolution, les complications et la gravité de la maladie. A chaque fois de nouveaux problèmes se posent et il n'est pas jusqu'à la thérapeutique elle-même, qui paraissait avoir fait un progrès énorme après la

découverte de la sérothérapie, mais dont les résultats actuellement sont remis en question.

Les dernières épidémies ont été caractérisées par la fréquence des diphtéries toxiques avec lésions organiques importantes et en particulier atteinte cardiaque. Parmi les causes de mort, le collapsus vasomoteur surtout est au 1[er] plan et le rôle des altérations myocardiques paraît plus important qu'on ne l'avait admis jusqu'alors; en second lieu les paralysies respiratoires périphériques peuvent provoquer la mort. Il faut signaler aussi des complications brutales: thromboses cardiaques et embolies: en particulier 2 embolies cérébrales, 1 embolie rénale et 2 embolies périphériques ont été observées. Enfin, on a noté des complications plus rares : parésie post-diphtérique atteignant une fois la vessie et une fois le sphincter anal.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

R. Amnon. ***Nouvelles recherches sur la question : « Le sang contient-il de l'acétylcholine ? »*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 13, 30 Mars 1935, p. 453-456). — Diverses recherches ont semblé montrer que des corps choliniques existent dans le sérum et dans le sang complet des divers mammifères à des doses qui varient de 1 à 10 milligr. K. Gollwitzer-Meier serait même arrivé en utilisant la physostigmine, qui inhibe l'action des ferments sanguins destructeurs de la choline, à déceler jusqu'à 0,005 de choline par litre de sang de bœuf. Mais A. constate, avec le muscle dorsal de sangsue, le test utilisé en pareil cas, des contractions, que le sang soit ou non additionné de physostigmine. Il a montré de plus que le potassium est capable d'exciter le muscle dorsal de sangsue. Or, le dosage du potassium du sérum et de lysat de sang de bœuf donne des chiffres assez élevés (19,1 et 40,6 milligr. pour 100 gr.) qui pourraient expliquer les contractions de ce muscle. Mais d'autres principes inconnus semblent intervenir également dans ce phénomène.

D'autre part, il existe dans le sang et principalement dans les globules rouges de diverses espèces d'animaux un ferment capable de détruire l'acétylcholine et qui peut être mis en évidence par la méthode de Warburg. Ce ferment abondant dans le sérum existerait surtout dans le sang complet. Enfin, il y a lieu de noter que dans le sérum une synthèse fermentative de l'acétylcholine paraît possible. Cette substance serait présente théoriquement dans le courant sanguin mais en quantité extrêmement faible. En somme, la réponse à la question posée est donc encore très dubitative.

P.-E. Morhardt.

Géza Hetényi. ***Le traitement de la colite grave par l'acide ascorbique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 41, 12 Octobre 1935, p. 1470-1471). — H. a été amené à traiter la colite grave par l'acide ascorbique d'abord à cause de l'action hémostatique de ce corps et ensuite parce que le régime des sujets atteints de cette maladie est souvent d'une extrême monotonie et dépourvu de produits riches en vitamine C.

Le nombre des cas s'élève à 7. Dans 2 d'entre eux, il s'agissait de colite d'origine dysentérique ; dans 3 cas il y avait proctosigmoïdite chronique ulcéreuse d'origine inconnue ; chez un garçon il y avait proctite ulcéreuse également d'origine inconnue et enfin, dans un cas, un carcinome du rectum qui avait d'abord été traité comme une colite grave.

Dans certains de ces cas, les résultats ont été très remarquables, notamment chez un homme de 56 ans ayant eu antérieurement une dysenterie et présentant, depuis quelques années et 2 ou 3 fois par an, des crises de diarrhées avec selles sanglantes et fièvre légère, état qui s'accentue progressivement. On administre, à partir du 4[e] jour, d'abord 2 fois, puis 1 fois par jour, 150 milligr. d'acide ascorbique en injection intraveineuse. Le résultat a été immédiat : les hémorragies ont cessé et les selles quotidiennes qui étaient innombrables à l'entrée se sont réduites à 1 ou 2 en même temps que le pus disparaissait et que la fièvre tombait. Dans 4 autres cas, les résultats ont été ou bons ou en tout cas intéressants.

P.-E. Morhardt.

Anton Dzsinich et **Michael v. Pély.** ***Altérations du métabolisme des hydrates de carbone dans les états allergiques et pendant la réaction histaminoïde*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 42, 19 Octobre 1935, p. 1499-1501). — Les troubles des échanges des hydrates de carbone dans les affections allergiques ont été signalés par une série d'auteurs. Mais dans ces maladies, comme d'ailleurs dans le choc histaminique, les constatations faites sont quelque peu contradictoires. D. et P. ont donc repris leurs recherches d'abord sur une série de 9 asthmatiques chez lesquels ils ont pu constater dans plus de la moitié des cas qu'entre les crises il y avait abaissement de la glycémie (0,073 à 0,117 pour 100) et, pendant les crises, augmentation parfois considérable (0,099 à 0,220 pour 100). La réaction histaminique provoquée chez 6 sujets à glycémie faible (0,061 à 0,088) a déterminé une glycémie de 0,082 à 0,116.

La courbe de l'hyperglycémie provoquée est à peu près la même chez les asthmatiques pendant la crise et entre les accès. Chez les lapins sensibilisés, par contre, la glycémie provoquée est, au moment du choc anaphylactique, plus élevée et plus persistante que chez l'animal non sensibilisé. Chez le chien, les modifications ne sont pas aussi marquées. La courbe de la glycémie n'est pas non plus modifiée d'une façon caractéristique par le choc anaphylactique, pas plus que par l'accès d'asthme. Il faut donc admettre que le choc, l'accès d'asthme et la réaction histaminique présentent des différences quantitatives et peut-être qualitatives. Les phénomènes observés pendant la sensibilisation donnent à penser qu'à ce moment le tonus du sympathique est augmenté.

P.-E. Morhardt.

W. Kretschmer. ***La forme traumatique-neurogène du diabète*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 42, 19 Octobre 1935, p. 1501-1504). — La possibilité d'une origine traumatique du diabète est très discutée. A côté des diabètes d'origine purement hormonale, les études cliniques et expérimentales des fonctions des centres nerveux et de l'hypophyse ont permis de constater que l'excitation des centres végétatifs peut déterminer des troubles persistants du métabolisme. En tout cas, le diabète rénal semble avoir des relations étroites avec le diabète par traumatisme cranien. Les glycosuries consécutives à l'intoxication par l'oxyde de carbone ont à ce point de vue un intérêt considérable. Il existe également des glycosuries consécutives à une tumeur de l'hypophyse dont on ne saurait dire si elles agissent directement ou par compression du centre du sucre dans le plancher du III[e] ventricule.

Les faits de ce genre ont une grande importance au point de vue théorique bien qu'en pareil cas, le rôle des facteurs héréditaires ne puisse être complètement éliminé. D'ailleurs, même si ces facteurs existent, il peut se faire qu'un traumatisme soit nécessaire pour les rendre manifestes.

A ce propos, K. donne 3 observations dont l'une concerne un homme de 42 ans, atteint de diabète insulino-réfractaire, d'atrophie optique droite avec hémianopsie gauche (hémorragie dans la région du chiasma), accès épileptiformes, diminution de l'activité physique et mentale consécutifs à un traumatisme cranien remontant à 4 ans accompagné de fracture de la base du crâne et de commotion sévère. Chez ses parents, on ne connaît pas d'affection diabétique.

Les 2 autres cas sont superposables et il y a lieu de remarquer qu'au point de vue de l'assurance sociale ou privée, le diabète traumatique peut être admis à condition qu'il y ait eu traumatisme cranien sévère avec commotion, qu'auparavant l'accidenté n'ait pas été diabétique, que d'autres symptômes de lésions centrales soient constatés et que le diabète soit insulino-résistant.

P.-E. Morhardt.

A. Gomez Marcano. ***Le lobe postérieur de l'hypophyse dans l'hypertension*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 43, 26 Octobre 1935, p. 1525-1529). — Il a déjà été montré, notamment par Berblinger, que dans la sclérose maligne, comme dans l'hypertension rénale par néphrite chronique, il y a augmentation des cellules basophiles de la préhypophyse. La présence de ces cellules a d'ailleurs été également constatée en pareil cas dans le lobe postérieur, ce qui est interprété par Cushing comme le signe d'une augmentation de la migration des cellules basophiles provenant du lobe moyen ayant pour conséquence une activation des fonctions, soit de la neuro-hypophyse, soit du cinereum.

Pour préciser ces observations, M. a étudié 75 hypophyses d'adultes dont 49 présentaient de l'hypertension essentielle, 5 de l'hypertension rénale et 22 des affections tout autres.

Le résultat de ces recherches a été très net. Tandis que la migration des basophiles dans le lobe postérieur n'a été observée qu'une fois sur les 22 cas témoins, elle l'a été chez les hypertendus 13 fois sur 49 cas. M. arrive ainsi à conclure que cette migration s'associe à une augmentation de la fonction de la neuro-hypophyse d'autant plus que, chez les hypertendus bien plus que chez les autres sujets, on trouve dans cet organe des blocs hyalins et des cellules pigmentaires, c'est-à-dire des produits de transformation des cellules basophiles.

Ces recherches ont également montré que dans 30 cas sur 49 d'hypertension essentielle, cette migration ne s'observait pas, ce qui donne à penser que ce phénomène survient par poussées. D'ailleurs, dans ces cas, on a le plus souvent constaté la présence de blocs hyalins et de cellules pigmentaires.

Il y avait également lieu de se demander si la basophilie observée est en rapport avec l'élévation de la pression. La réponse à cette question est négative. Néanmoins, les 6 cas dans lesquels la migration était particulièrement importante provenaient de sujets chez lesquels la pression avait atteint, peu de temps avant la mort, le chiffre de 200 mm. de Hg. Mais en face de ces 6 cas, il en est 4 chez lesquels la migration a été aussi forte alors que la pression était faible pour des cas d'hypertension essentielle. Il semble donc que l'activité de la neuro-hypophyse n'est pas le seul facteur de l'hypertension essentielle.

P.-E. Morhardt.

Hugo Pribram. ***Observations cliniques sur les effets percutanés de l'insuline chez les diabétiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 43, 26 Octobre 1935, p. 1534-1536). — Des expériences ont montré que des onctions avec une pommade à l'insuline peuvent agir comme une injection d'insuline. P. a repris ces recherches d'abord chez l'homme sain et montré effectivement que l'insuline est ainsi résorbée et que la glycémie diminue. Chez les sujets diabétiques, on ne peut espérer une action rapide. Cependant, on arrive à faire baisser surtout la glycémie à jeun.

Chez des sujets soignés soit à l'hôpital, soit, ce

qui est pratiquement plus intéressant, en consultation, on a cherché à déterminer une glycémie et une glycosurie constantes par un régime constant, puis procédé à des cures d'onctions d'insuline, la glycémie étant contrôlée le matin à jeun et à plusieurs reprises, toujours aux mêmes heures pendant la journée Sur plus de 20 cas, il a été constaté que l'insuline ainsi administrée abaisse effectivement la glycémie, mais que pour obtenir les mêmes résultats qu'une injection sous-cutanée, il faut 5 fois plus d'insuline, soit 50 à 300 unités. Les meilleurs résultats sont obtenus en procédant à un nettoyage avec un mélange d'éther de pétrole et d'ammoniaque pour éliminer la cholestérine qui inhibe les effets de l'insuline et pour neutraliser les acides organiques. Il semble que ce mode d'administration de l'insuline ait un effet de dépôt car, après la cessation de la médication, les résultats persistent un certain temps.

Parmi les observations reproduites figure celle d'une femme de 40 ans, diabétique depuis 7 ans, dont la glycémie était au début de 206, a passé, sous l'influence du traitement par 150 unités d'insuline, à 158 pour remonter après arrêt du traitement pendant 3 mois à 195. La glycémie a présenté des variations parallèles : 6,8 pour 100 avant traitement, 1,8 pour 100 pendant et 5,9 pour 100 après.

P.-E. Morhardt.

J. Jongbloed. ***Le comportement psychique pendant un bref séjour à une altitude de 5.000 mètres*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 44, 2 Novembre 1935, p. 1564-1568). — Les circonstances dans lesquelles un voyage en avion doit se faire à plus de 5.000 m. se rencontrent surtout dans les pays de montagnes et il y a alors lieu de se demander si de telles altitudes ne peuvent pas être nuisibles.

Pour répondre à cette question, il a été procédé à une série d'épreuves chez 13 jeunes gens soumis à un abaissement de la pression correspondant à une altitude de 5.000 m. Dans 3 cas, il a fallu, au bout de très peu de temps, faire respirer de l'oxygène. Dans 4 cas, il a été ressenti des troubles persistants. Dans la plupart des cas, le temps des réactions a été trouvé plus long, mais dans certains autres il a été au contraire plus court. L'administration d'oxygène a fait d'ailleurs revenir le temps des réactions à la normale.

D'autre part, les déviations moyennes augmentent beaucoup plus que les temps des réactions. Par conséquent, la régularité diminue. Cette modification disparaît d'ailleurs sous l'influence de l'administration d'oxygène.

En conséquence, il semble nécessaire de faire respirer de l'oxygène tout au moins aux passagers qui ne sont pas, comme l'équipage, choisis par les Compagnies. Mais l'usage de masques ne semble pas devoir être conseillé. Il est préférable d'insuffler de l'oxygène dans les cabines qui peuvent actuellement être rendues suffisamment étanches.

P.-E. Morhardt.

W. v. Moraczewski, St. Grzycki et **T. Sadowski.** ***Composition du sang et excrétion urinaire après administration d'eau*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 44, 2 Novembre 1935, p. 1575-1579). — Il a été administré aux sujets d'expérience 750 cmc d'eau de compositions diverses (eau distillée ou additionnée de n/20 HCl, de n/20 Na HCO, de n/20-$CaCl^2$, de n/20-Na^2 SO^4, de n/20-KSCN), après quoi on a mesuré la quantité d'urine éliminée, le comportement des chlorures et les variations de la composition du sang.

Les boissons acides et alcalines sont retenues dans l'organisme et tandis que les premières conduisent à une déshydratation du sang, les secondes, au contraire, déterminent une hydratation au cours de la 1re heure.

Les sels neutres, y compris les rhodanates, ont une action diurétique et déterminent plutôt une déshydratation qu'une hydratation du sang sans modifier l'excrétion qui atteint son maximum au cours de la 2e heure. Cependant, avec les rhodanates, ce maximum s'observe dans la 1re heure.

Les chlorures sont retenus dans les tissus pendant les 24 heures qui suivent l'ingestion de liquide puis éliminés pendant les 24 heures suivantes. Les sels alcalins, comme le bicarbonate de soude, augmentent les chlorures du sang.

L'élimination d'azote avec l'urine est parallèle à celle de l'eau. Il n'en est pas de même pour l'élimination des chlorures. Chez certains types désignés par l'expression « acide » ou « arthritique », il y a tendance à la rétention d'eau et parallèlement à la rétention d'azote.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague et Vienne)

A. Schmidt (Dessau). ***Diagnostic bactériologique de la coqueluche et son traitement spécifique*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 42, 18 Octobre 1935, p. 1361-1363). — La mortalité des enfants, due à la coqueluche, dépasse actuellement celle due à la diphtérie, à la scarlatine, à la rougeole. Particulièrement, cette mortalité est surtout élevée chez les petits nourrissons. La période de contagion est principalement la phase catarrhale de l'affection, au moment où le diagnostic est très malaisé, ce qui rend très difficile la lutte contre cette maladie. Dès 1900, on reconnut le microbe causal ; cependant il est assez difficile de le différencier de celui de l'influenza. Selon S. la meilleure méthode pour les distinguer consiste à faire tousser le malade devant un milieu de culture tel que : glycérine, pomme de terre et agar-agar. Au bout de 2 jours, à l'examen on peut alors isoler et reconnaître facilement l'agent de la coqueluche. Sa présence suffit à affirmer le diagnostic car des sujets sains n'en sont jamais porteurs. L'expérience a montré que l'on n'obtient de résultats certains que pendant la 1re semaine de la maladie ; dès la 2e semaine, les microbes diminuent considérablement ; et vers la 5e ils ont à peu près disparu.

Ces notions étant désormais connues, le diagnostic de coqueluche peut être porté beaucoup plus tôt, la thérapeutique est plus facile. La sérothérapie n'a pas encore eu beaucoup de succès, tandis que la vaccination a donné de bons résultats. Les vaccins utilisés sont à base de bacilles coquelucheux traités par une solution contenant du formol et du chlorure de sodium.

S. recommande l'injection (sous-cutanée ou intramusculaire) d'environ 20.000 millions de germes, en 3 fois. Enfin S. constate que, en dehors des effets thérapeutiques, la vaccination a donné de bons résultats au point de vue prophylactique.

Guy Hausser.

W. Nonnenbruch (Prague). ***Traitement de diabète grave*** (*Medizinische Klinik*, t. **31**, n° 44, 1er Novembre 1935, p. 1421-1424). — Le diabète reconnaît pour origine un dysfonctionnement pancréatique que l'on peut observer, soit sur un pancréas normal, soit sur un pancréas dont la sécrétion est insuffisante. Depuis longtemps, on a distingué le diabète gras du diabète maigre. Le diabète gras se voit compliquer de goutte, artériosclérose, obésité, etc., etc., tandis que le diabète maigre est purement insulaire. Actuellement, comme nous pouvons obtenir l'insuline pancréatique, nous sommes effectivement en mesure de traiter le diabète maigre. Par l'insulinothérapie, le pancréas peut être guéri graduellement, de sorte que les doses d'insuline administrées peuvent être progressivement diminuées.

N. décrit 2 cas de diabète grave avec le traitement qui entraîna des succès durables. Le 1er jour de son hospitalisation, le malade garde son régime ordinaire et ses doses d'insuline. Le lendemain, vers 8 heures, on mesure le glycémie à jeu, ensuite on donne une certaine quantité d'hydrates de carbone, avec ou sans insuline, suivant les cas. A 10 heures, recherche et dosage de la glycémie et de la glycosurie. Selon le résultat, on règle alors les doses d'hydrates de carbone et d'insuline. A midi, nouveau contrôle, puis un autre repas et éventuellement de l'insuline. Enfin, des contrôles à 16, 19 heures et parfois la nuit. Si possible, on donne, dès le 1er jour, une quantité fixe d'albumine, de graisse et d'H. D. C. Le régime est réglé d'après l'état général du malade, le contrôle de la glycémie et de la glycosurie est continué.

Le malade doit apprendre, si possible, à se donner lui-même les injections d'insuline. Le régime sera varié. La glycémie devra être tenue constamment aussi basse que possible, de façon à ne pas dépasser 160 milligr. le matin. Dans ce but, N. recommande l'administration d'une petite quantité d'insuline dans la nuit. Enfin, les diabétiques susceptibles d'entrer en coma et les urémiques seront particulièrement surveillés pendant les premiers jours.

Guy Hausser.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

K. Kolb. ***Réactions psychiques postopératoires observées chez les sujets « stérilisés » dans les asiles*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 41, 11 Octobre 1935, p. 1641-1642). — Toute intervention chirurgicale détermine un choc psychique dont l'importance est variable suivant les manifestations pathologiques en cause, l'intervention envisagée, et surtout le caractère du malade. Ce facteur constitutionnel est capital lorsqu'il s'agit de malades psychiques. Quoique la « stérilisation » chirurgicale soit une intervention bénigne, ne faisant courir nul risque corporel au malade, on peut se demander si son influence psychique ne pourrait pas être telle, qu'une réaction durable se manifesterait chez certains sujets. En particulier 3 questions peuvent être posées :

1° Peut-on observer une aggravation passagère ou durable d'une affection psychique préexistante ?

2° L'intervention peut-elle avoir une action défavorable sur la rémission débutante ou persistante des troubles psychiques ?

3° La notion de l'infécondité peut-elle être pour le malade l'occasion d'un nouveau choc psychique aggravant le tableau clinique ?

K. a étudié 135 malades psychiques stérilisés dont 67 hommes et 68 femmes atteints d'affections diverses : schizophrènes, imbéciles, épileptiques, cyclothymiques et alcooliques.

1° Aucune aggravation durable d'une affection évolutive n'a été observée.

2° Des phases de rémission récente de schizophréniques graves ont été interrompues dans 7 cas, mais des rémissions déjà durables chez des malades moins atteints n'ont pas été influencées.

3° Le traumatisme psychique redouté du fait de la notion de l'infécondité ne s'est pas produit.

G. Dreyfus-Sée.

Skutta. ***Recherches physico-mécaniques, energétiques et cliniques de l'application de la vacuum-thérapie des furoncles isolés*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 41, 11 Octobre 1935, p. 1647-1650). — S. étudie le mode d'action d'un appareillage d'aspiration (ventouse aspirante) qu'il a construit en 1931 et utilisé

depuis dans un grand nombre de cas. Cet appareil, qui peut se monter sur des ventouses dont les orifices ont des diamètres très variables, permet d'obtenir des pressions négatives strictement dosées et dont il précise l'application aux divers stades des furoncles isolés ainsi que lors de certains processus suppurés: hydrosadénites, bartholinites, bubons, etc... Les résultats obtenus ont été satisfaisants et S. préconise cette méthode qui lui paraît préférable aux 120 procédés chirurgicaux, médicaux, prophylactiques ou curatifs relevés dans un traité de dermatologie concernant les furoncles.

G. Dreyfus-Sée.

H. Fehsenmeier. ***Recherches cliniques sur le tractus digestif (estomac, intestin) des encéphalitiques traités par l'atropine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 43, 25 Octobre 1935, p. 1723). — Siegmund a attiré l'attention sur des lésions anatomiques graves du tube digestif chez des parkinsoniens post-encéphalitiques après un traitement prolongé par l'atropine; il était intéressant de rechercher si de tels malades présentent déjà durant l'existence des troubles du fonctionnement digestif. F. a pratiqué cette recherche chez 7 malades et a obtenu les résultats suivants: le taux de l'acidité gastrique est très abaissé, le taux des acides libres est le plus souvent presque réduit à zéro. Radiologiquement l'estomac est atone, ptosé avec aérogastrie ; dans quelques cas il y a une grosse dilatation gastrique atteignant même le bulbe et le duodénum ; dans 3 cas l'évacuation était très retardée. L'intestin grêle est généralement rempli d'air, le côlon est plus ou moins dilaté, surtout au niveau du cæcum et du côlon ascendant. Dans les cas les plus accentués, la dilatation s'étend sur le tractus digestif jusqu'à l'œsophage et au rectum.

La cause de ces modifications demeure discutable, l'intoxication atropinique seule ne paraissant pas suffire à l'expliquer. On peut se demander si les troubles parkinsoniens du système végétatif n'interviennent pas dans la pathogénie de ces phénomènes, l'atropine ne constituant qu'un facteur déclanchant dont l'importance est difficile à établir.

G. Dreyfus-Sée.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

Klaus D. Rosenkranz. ***La thyroïde pendant la ménopause*** (*Endokrinologie*, t. **16**, n° 4, Novembre 1935, p. 225-235). — La thyroïde des femmes pendant la période de la ménopause a été jusqu'ici peu étudiée. R. a été ainsi amené à examiner 38 thyroïdes recueillies à l'autopsie de femmes de 45 à 55 ans. Il a pu être ainsi constaté, conformément à des observations antérieures, qu'en cas de mort par infection aiguë, on trouve de l'hyperémie, de la desquamation épithéliale et une fonte de la colloïde. En cas de tuberculose pulmonaire, l'existence d'une prolifération du tissu conjonctif a été également confirmée. Sur 13 cas de cancer, il a été constaté 4 fois une atrophie régionale du tissu glandulaire. Sur 4 cas de femmes atteintes de maladie mentale, on a trouvé une forte desquamation de l'épithélium, une stase dans les capillaires et une sclérose nette du tissu conjonctif ainsi que de gros nodules qui avaient déterminé une atrophie du parenchyme normal.

A propos des autres thyroïdes, il est remarqué que celles qui provenaient de Fribourg-en-Brisgau pesaient en moyenne 81,3 gr. alors que celles qui provenaient de Berlin pesaient 44,3 gr.

L'examen microscopique a permis de répartir les thyroïdes de la ménopause en 3 groupes. Dans le 1er figurent ce que R. appelle des thyroïdes d'adultes proliférantes avec follicules généralement gros et colloïdes semi-liquide. Dans les follicules, on trouve des bourgeons de prolifération nets. Le tissu conjonctif est peu développé et ne pénètre pas entre les follicules. Dans le second groupe, on trouve ce que R. appelle le stade de repos normal avec follicules moyens, épithélium plat et rétraction de la colloïde sur les bords. Il s'agit là d'une glande en quelque sorte d'entrepôt qui est surtout fréquente dans les thyroïdes berlinoises. Au contraire, le 3e groupe est surtout fréquent dans les thyroïdes de la région de Fribourg-en-Brisgau et correspond à ce qui a été décrit sous le nom de *Struma diffusa colloïdes microfollicularis* avec petits follicules, épithélium plat et colloïde homogène et dense sans aucune prolifération. Il semble que dans ces thyroïdes, l'involution sénile se fasse plus vite que normalement.

La signification fonctionnelle des constatations histologiques faites amène à penser que dans le 1er groupe, il y a activité cellulaire vive correspondant au tableau de l'hyperthyroïdie légère avec bouffées de chaleur qui s'observe après le début de la ménopause à un moment où les ovaires n'utilisent plus comme normalement l'hormone thyroïdienne. Dans le second groupe, glande d'entrepôt, il y a déjà adaptation à la suppression des fonctions ovariennes. Enfin, dans le 3e groupe, il y a involution sénile correspondant à l'aspect de la matrone.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig et Dresde)

G. B. Gruber. ***A propos des néoformations intracraniennes*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **52**, n° 4, Octobre 1935). — Parmi les tumeurs intra-craniennes qui peuvent altérer la paroi interne du crâne il faut citer, et celles qui ont pour origine les os mêmes du crâne, et celles qui se développent aux dépens des méninges et du tissu cérébral, ces dernières étant de beaucoup les plus importantes. Par suite de leur développement, ces tumeurs provoquent des modifications directes et indirectes tant au niveau du crâne que du cerveau. Il est naturel que les tumeurs à point de départ méningé (méningiomes) aient une action plus nette sur le crâne lui-même, alors que les répercussions immédiates des gliomes se font sentir plutôt sur le cerveau.

L'A. discute les modifications que provoquent sur les os du crâne ces néoformations ; il montre d'abord comment les chordomes et les méningiomes peuvent détruire la table interne et le diploé ensuite, et comment, par contre, par suite de l'hypertension et des tractions qui en résultent, des tumeurs peuvent donner naissance à des néoformations osseuses dans la région qu'elles intéressent ; la table externe étant intéressée au voisinage immédiat de la tumeur alors que dans les régions latérales la table interne réagit sous forme d'ostéophytes.

Les érosions osseuses de la région antérieure du crâne et de l'étage moyen résultent avant tout de l'hypertension du liquide céphalo-spinal et des déplacements qui sont consécutifs à la pression provoquée par les tumeurs intra-craniennes et rétrécissent les cavités ventriculaires ; ces altérations se voient surtout au cours de l'évolution des tumeurs du voisinage de la selle turcique, notamment sus-sellaires, alors que les tumeurs intra-sellaires proprement dites tendent à agrandir la selle turcique et à en perforer le plancher pour envahir le sinus sphénoïdal.

Cet article est abondamment illustré, et G., en discutant les images radiographiques, s'appuie sur ses observations pour insister plus particulièrement sur l'existence des perforations du crâne et la formation de hernies cérébrales secondaires à l'hypertension intra-cranienne.

Morel Kahn.

THERAPIE DER GEGENWART
(Berlin)

W. Berger et **H. Schnetz.** ***Possibilité d'une prophylaxie de la grippe*** (*Therapie der Gegenwart*, t. **76**, n° 11, Novembre 1935, p. 481-488). — B. et S. pensent qu'il est possible de faire quelque chose au point de vue de la réduction du nombre des sujets atteints. Comme méthode de prophylaxie individuelle, ils conseillent d'abord de tousser et d'éternuer dans un mouchoir et de se parler à 2 mètres de distance. D'ailleurs, le danger peut être réduit beaucoup en veillant à la direction dans laquelle on parle. Le lavage des mains est également utile et, en outre, il y a lieu d'éviter les locaux surpeuplés, les visites aux gens malades. L'usage du masque doit être répandu.

Au point de vue de la prophylaxie collective, il y a lieu de faire de l'enseignement, de licencier à temps les écoles et les locaux de réunions d'agrément, d'isoler les malades. La protection des nourrissons, des gestantes, des accouchées, des gens âgés et des convalescents doit être particulièrement minutieuse. Des mesures prises à l'hôpital de Graz par B. et S. ont permis de faire très fortement baisser le nombre des cas internes alors que le nombre des entrées dues à la grippe allait en croissant. Toutes ces mesures sont naturellement sous la dépendance de l'énergie et de la conviction avec lesquelles elles sont appliquées.

Au point de vue prophylaxie de la maladie, il faut éviter les refroidissements, le surmenage, etc. La quinine a déjà été employée lors de l'épidémie de 1889 par Graeser (50 centigr. de quinine par jour dans un peu d'eau-de-vie) et semble avoir donné des résultats. La dose de 10 centigr. par jour (Ottfried Müller) ou d'un mélange à parties égales de chlorhydrate de quinine et de salicylate de soude à la dose de 50 centigr. par jour (O. Röler), administrée au cours d'une épidémie au personnel hospitalier, a fait fortement baisser le nombre des malades. Cette administration préventive aurait également pour effet de diminuer la sévérité de la maladie.

Selon B. et S., les doses quotidiennes sont de 25 centigr., mais doivent être élevées à 50 centigr. pendant que l'épidémie de grippe est en voie d'augmentation. La prophylaxie doit être prolongée jusqu'au moment où les nouveaux cas cessent de se produire.

L'urotropine a été également utilisée avec succès à la dose de 50 centigr. par jour. L'immunisation active avec des bacilles de Pfeiffer, des staphylocoques, des streptocoques, des pneumocoques, a été également employée mais ne semble guère avoir donné jusqu'ici de résultats importants.

P.-E. Morhardt.

BRUXELLES MÉDICAL

M. Roch (Genève). ***Le rôle des sécrétions endocrines dans la pathogénie de l'hypertension artérielle*** (*à suivre*) [*Bruxelles Médical*, t. **15**, n° 47, 22 Septembre 1935, p. 1282-1297]. — La régulation nerveuse de la pression sanguine ne semble pas toujours suffisante et c'est pourquoi elle se complète par des modifications des sécrétions externes ou internes qui exercent sur la tension artérielle une action moins rapide, mais plus soutenue que celle des réflexes purement nerveux.

D'une manière générale, on peut dire que ce sont les glandes excitées par le sympathique qui donnent par hyperfonctionnement une augmentation de la pression dans les artères, et que celles

dont les sécrétions sont stimulées par le parasympathique ont une action inverse.

Les sécrétions internes du pancréas sont hypotensives. L'injection d'insuline abaisse légèrement la tension artérielle avant même que le taux de la glycémie ait diminué ; elle est antagoniste de l'adrénaline. La vagotonine a une action hypoglycémiante moins rapide et une action dépressive lente, mais soutenue. L'action hypotensive de la padutine est certaine, mais modeste. En temps que médicament de la maladie hypertensive, ces divers produits ont fort peu de valeur. Au contraire, les injections intra-veineuses massives de solution glucosée hypertonique ont donné à R. des résultats excellents qui peuvent s'expliquer, en partie tout au moins, par la stimulation des sécrétions internes du pancréas.

L'hypertension et le diabète sont souvent associés. A l'autopsie de sujets hypertendus, on trouve fréquemment des altérations artérielles au niveau du pancréas. Il se constitue un cercle vicieux, ces lésions diminuant non seulement l'insulinémie, mais aussi la sécrétion des hormones pancréatiques hypotensives.

Les fonctions ovariennes influencent, dans une certaine mesure, le taux de la tension artérielle ; avant la menstruation, pendant la seconde moitié de la grossesse, il y a souvent une légère hypertension, mais celle-ci est surtout fréquente à la ménopause. Cependant, les extraits d'ovaires ne possèdent qu'une action hypotensive inconstante et peu marquée ; il est plus probable que la ménopause agit par le grand déséquilibre endocrinien qu'elle entraîne.

L'hyperthyroïdie est un facteur certain d'hypertension. Il y a assez souvent chez les hypertendus une augmentation du métabolisme basal, sans autres signes d'hyperthyroïdie.

Les surrénales semblent être les endocrines pouvant provoquer le plus de modifications de la pression sanguine. Il y a des cas d'hypertension basale commandée par une hypertrophie simple des glandes surrénales ; les adénomes médullaires produisent une hypertension paroxystique ; des hypernéphromes malins de la corticale engendrent en même temps un syndrome génital et de l'hypertension permanente.

Robert Clément.

M. Roch (Genève). ***Le rôle des sécrétions endocrines dans la pathogénie de l'hypertension artérielle*** (*suite et fin*) [*Bruxelles Médical*, t. **15**, n° 48, 29 Septembre 1935, p. 1320-1326]. — La maladie de Cushing s'accompagne d'hypertension vasculaire ; les troubles sont rapportés par Cushing à l'adénome à cellules basophiles du lobe antérieur de l'hypophyse. Dans certains cas où la symptomatologie est typique, l'adénome basophile de l'hypophyse peut manquer et a été attribué par d'autres au surrénalome hypertensif. Le problème est délicat car il est souvent difficile de préciser quelle est la glande la première lésée.

Dans la plupart des cas d'hypertension bénigne de la cinquantaine, on a l'impression d'assister aux manifestations d'un dérèglement général neuro-endocrinien ; l'hypophyse y joue un rôle très important, peut-être même déterminant. Des extraits hypophysaires ont pu provoquer chez l'animal une hyperplasie cortico-surrénale. L'hypophysectomie détermine l'atrophie des glandes surrénales. Il existe donc dans l'hypophyse une cortico-stimuline et il est logique de penser que c'est par l'intermédiaire de cette hormone que l'hypophyse peut exercer une action sur la pression artérielle.

Les parathyroïdes, agissant sur le taux de la guanidine et du calcium sanguins, doivent agir sur le tonus végétatif, la vasomotricité et la production des calcifications artérielles.

Le rein, le foie, jouent peut-être un rôle au point de vue endocrinien, mais surtout par l'augmentation des déchets dans le sang qui accompagne leur insuffisance.

L'anhydride carbonique a deux actions opposées ; un déséquilibre entre elles peut expliquer certains troubles tensionnels.

Certains déchets du métabolisme tissulaire ont des propriétés vaso-motrices importantes concourant à la régulation du tonus artério-capillaire ; il est probable que beaucoup sont hypertenseurs. D'autres ont certainement une action hypotensive et leurs propriétés pharmaco-dynamiques ont été préconisées un peu précocement dans le traitement de l'hypertension. L'élimination plus ou moins facile de ces produits d'excrétion, favorisée par l'exercice, intervient peut-être dans le mécanisme de certaines hypertensions.

Robert Clément.

F. Van den Branden (Bruxelles) et **M. Appelmans** (Louvain). ***Les troubles visuels au cours du traitement de la trypanosomiase humaine par la tryparsamide (Tryponarsyl, Trypotan, Novatoxyl)*** [*Bruxelles Médical*, t. **15**, n° 51, 20 Octobre 1935, p. 1405-1420]. — Les troubles visuels qui surviennent chez les porteurs de trypanosomes traités par la tryparsamide pendant la seconde période de la maladie, c'est-à-dire chez les malades dont le liquide céphalo-rachidien est altéré, ont une fréquence de 20 pour 100. Ils sont graves puisqu'ils se manifestent ordinairement aux deux yeux et conduisent le plus souvent à la cécité par atrophie optique bilitérale.

De l'étude de nombreux cas, V. et A. ont réuni 118 observations de troubles visuels au cours du traitement de la trypanosomiase chronique.

Avec la tryparsamide, les accidents surviennent brusquement, parfois dès la 1re injection. Ils sont souvent transitoires et rétrogradent quand on interrompt la cure. Ils se développent presque exclusivement au cours de la seconde période de la trypanosomiase et sont d'autant plus fréquents que le liquide céphalo-rachidien est plus altéré. Les premiers symptômes sont subjectifs, les malades se plaignent de vision trouble ou tremblée, ce n'est que plus tard qu'on trouve de l'hyperémie de la papille et, ensuite, son atrophie.

Dans l'intoxication par l'arsenic minéral, les troubles visuels sont rares et tardifs, les symptômes de l'évolution sont complètement différents.

Expérimentalement, on n'a pas pu réaliser l'atrophie optique bilatérale par injections intraveineuses de tryparsamide à des lapins trypanosés. La répétition des injections paraît surtout nocive. Les altérations du fond d'œil sont plus fréquentes chez les animaux atteints de trypanosomiase que chez les indemnes.

Les faits cliniques et expérimentaux permettent de déduire que les accidents visuels observés au cours du traitement de la trypanosomiase par la tryparsamide ont une origine mixte. Il existe des atrophies optiques purement arsenicales, des néphrites optiques d'origine trypanosomique, mais les formes pures sont rares. Le plus souvent, la tryparsamide lèse le nerf optique rendu fragile par l'infection des centres nerveux par le trypanosome.

Robert Clément.

L. Mayer. ***Résultats cliniques de l'utilisation des greffes ovariennes*** (*Bruxelles Médical*, t. **16**, n° 1, 3 Novembre 1935, p. 1-10). — Depuis Octobre 1932, M. et Max Cheval ont pratiqué 88 greffes ovariennes au cours d'opérations gynécologiques conservatrices. Ils placent le greffon ovarien dans une niche musculo-aponévrotique dans le cas d'incision médiane, ou dans le tissu cellulaire sous-mammaire, dans les cas d'incision sus-pubienne. Cette technique est préférable à celles de Cotte ou de Douay et a donné toute satisfaction.

La conservation de l'utérus, combinée à la greffe ovarienne, assure, dans 95 pour 100 des cas d'ovariectomie bilatérale, une menstruation régulière. Dans les cas où l'état de la matrice ne permet pas sa conservation, il faut s'efforcer de pratiquer une hystérectomie sus-isthmique avec greffe ovarienne, qui donne 50 pour 100 de persistance des règles ; quand la menstruation ne survient pas, l'opérée bénéficie de la sécrétion hormonale du greffon. Les greffons ne commencent à manifester leur activité qu'à partir du 2e mois et la menstruation se produit en général du 4e au 6e mois. Si, à ce moment, l'utérus étant conservé, les règles ne se produisent pas ou si, après quelques mois, elles cessent, il est utile d'activer le greffon par des injections de complexes placentaires ou anté-hypophysaires.

Quand les femmes souffrent de dysménorrhée, il est souvent indiqué de réséquer en même temps le nerf présacré.

Chez une femme de 34 ans, opérée par hystérectomie subtotale basse, on a ajouté à 3 greffons ovariens un fragment utérin. Après le 6e mois, le greffon utérin fut enlevé : il avait la forme d'un cylindre arrondi que creusait une cavité contenant un liquide hyalin peu épais.

Chez 12 femmes hystérectomisées, des homo-greffes ont donné également une amélioration des troubles endocriniens, mais aucune n'a été réglée. La question des homo-greffes n'est pas encore au point.

Robert Clément.

J. J. Puente (Buenos-Aires). ***L'épidermo-réaction à la tuberculine en dermatologie*** (*Bruxelles Médical*, t. **16**, n° 3, 17 Novembre 1935, p. 86-93). — L'épidermo-réaction à la tuberculine est différente de la réaction percutanée de Moro. P. applique sur la face antérieure de l'avant-bras, la peau ayant été préalablement frottée à la benzine, un carré de papier buvard de 2 × 2 cm., imprégné de tuberculine brute diluée à moitié dans l'eau distillée ; on le laisse au contact recouvert d'un morceau de gutta-percha pendant 24 heures. L'épreuve positive se traduit par de petites formations miliaires, d'apparence vésiculeuse, de couleur rouge vif, plus ou moins nombreuses suivant l'intensité de la réaction. La plupart des éléments ont une disposition périfolliculaire et un léger relief perceptible au toucher. La réaction dure de 1 à 3 semaines et disparaît sans laisser de traces. La formation d'une pellicule jaunâtre d'épiderme macéré ou d'une phlyctène n'indiquerait pas une réaction positive.

Histologiquement, l'épidermo-réaction est une intra-dermo-réaction développée en surface.

L'épidermo-réaction à la tuberculine est positive chez la plupart des malades, porteurs de lésions cutanées attribuées à la tuberculose. Chez les tuberculeux pulmonaires, sans lésions de la peau, la réaction serait négative.

L'épreuve est positive dans 26 pour 100 des cas des dermatoses variées sans relation avec la tuberculose ; la kératose pilaire est celle qui donne des réactions positives le plus souvent.

Il n'y a pas de parallélisme absolu entre l'épidermo-réaction et l'intra-dermo-réaction faites simultanément. Il existe des variations saisonnières. Au printemps et en été, on voit une augmentation de la fréquence et de l'intensité des réactions. Dans la syphilis secondaire, les résultats sont négatifs pour l'épidermo-réaction et celle de Mantoux ; cette dernière réapparaît généralement après le traitement. Les deux réactions sont négatives dans l'eczéma, les eczématides et les érythrodermies arsenicales.

Robert Clément.

J. Snoeck. ***Action inhibitrice de la folliculine sur la montée laiteuse et la sécrétion lactée*** (*Bruxelles Médical*, t. **16**, n° 5, 1er Décembre 1935, p. 156-163). — A 19 femmes chez qui, pour une

raison médicale, obstétricale ou sociale, l'allaitement maternel était contre-indiqué. S. a fait des injections de folliculine pour arrêter la montée laiteuse déjà déclanchée. La 1re injection, faite 24 heures au moins après le début de la montée laiteuse, était en général de 50.000 unités internationales. Le second jour, 36.000 unités internationales, le 3e jour, 14.000 unités internationales étaient administrées, au total, 100.000 unités en 3 jours. 18 fois, la montée laiteuse a été coupée de façon nette, beaucoup plus facilement que par les moyens classiques. Sur 12 de ces femmes, revues de 1 à 4 mois après l'accouchement, 3 ont présenté une sécrétion en jet par expression manuelle des glandes mammaires. Dans un cas, il y avait en outre sécrétion spontanée quotidienne et légère tension douloureuse des seins.

6 fois, des injections de folliculine ont été faites dans le but de tarir une sécrétion lactée datant de 8 à 15 mois. Les résultats constatés ont été moins démonstratifs. Dans 3 cas, la sécrétion lactée a diminué rapidement. Chez les autres, il y eut échec partiel ; peut-être aurait-il fallu des doses élevées de folliculine.

Ces expériences montrent l'antagonisme entre la folliculine inhibitrice de la sécrétion lactée et la prolactine, hormone galactogène d'origine antéhypophysaire.

Cette nouvelle indication de la folliculine, basée sur des faits expérimentaux, rentre dans le cadre de la thérapeutique hormonale physiologique. Les résultats obtenus semblent supérieurs à ceux obtenus par les procédés classiques.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES of DERMATOLOGY and SYPHILOLOGY (Chicago)

Stryker et **Ploch.** ***Eléphantiasis du pénis et du scrotum, séquelle de lymphogranulome inguinal*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **32**, n° 1, Juillet 1935, p. 86-89). — On sait que certains ulcères de la vulve avec éléphantiasis chez la femme ont été rapportés à la maladie de Nicolas-Favre.

Quelques cas analogues ont été relatés chez l'homme d'éléphantiasis du pénis et du scrotum, avec Frei positif.

S. et P. ont observé chez un homme de 52 ans une tuméfaction de la peau œdémateuse et épaissie, du pénis et du scrotum. 19 ans auparavant, le malade avait eu une ulcération du pénis avec adénopathie inguinale qui fut incisée et drainée ; il persiste une petite cicatrice. L'intradermo-réaction au Frei est nettement positive.

S. et P. estiment que ce cas d'éléphantiasis du pénis et du scrotum reconnaît comme cause initiale le virus encore inconnu du lymphogranulome inguinal.

R. BURNIER.

Bloom. ***Psoriasis pustuleux des paumes de mains et des plantes des pieds*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **32**, n° 1, Juillet 1935, p. 90-101). — Ces lésions érythémato-squameuses et pustuleuses palmo-plantaires, qui sont souvent considérées comme des mycoses, sont en réalité des formes atypiques de psoriasis.

On a rapporté des formes généralisées et des formes localisées aux paumes des mains et aux plantes des pieds. B. a observé 4 cas de cette forme localisée.

Ce qui domine dans le tableau clinique, c'est la présence et la persistance récidivante de pustules superficielles, petites et aplaties. Leur durée est fort longue, de 4 mois à 13 ans ; durant ce temps, les plaques ne disparaissent jamais.

Cette lésion est extrêmement résistante au traitement par les pommades et même par les rayons X.

Tous les examens mycologiques et bactériologiques sont négatifs, ainsi que l'intradermo-réaction à la trichophytine.

Un des malades de B. était diabétique ; un autre avait eu une thyroïdectomie un an et demi avant le début de la lésion cutanée.

L'histologie confirme le diagnostic de psoriasis ; le psoriasis pustuleux ne diffère du psoriasis ordinaire que par le degré d'exsudation cellulaire ; les micro-abcès deviennent des macro-abcès.

R. BURNIER.

Reichle et **Connor.** ***Lymphogranulome inguinal, extension aux ganglions rétro-péritonéaux ; autopsie*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **32**, n° 2, Août 1935, p. 196-203). — Dans certains cas, le lymphogranulome inguinal s'accompagne de fièvre, de malaise général, de perte de poids, de manifestations rhumatoïdes et d'érythème noueux.

R. et C. ont observé un noir de 31 ans atteint de lymphogranulome inguinal typique ; la réaction de Frei fut positive, les réactions à la tuberculine, la Wassermann furent négatives. Ce malade présenta une arthrite de la hanche et des phénomènes de septicémie qui entraînèrent la mort.

A l'autopsie, on trouva des lésions typiques de lymphogranulome inguinal, mais la chaîne ganglionnaire inguinale s'étendait le long des ganglions rétropéritonéaux jusqu'au diaphragme. On constata des lésions granulomateuses des reins, des infarctus hémorragiques des deux surrénales, un abcès du psoas et une arthrite chronique de la hanche.

On peut éliminer la tuberculose, non seulement du fait de l'absence de tout bacille acido-résistant, mais aussi en raison de l'inflammation granuleuse des tissus. Cette inflammation n'est pas caractéristique d'une infection pyogénique, les microbes trouvés à l'autopsie peuvent être dus à une invasion *post mortem*.

Il peut s'agir dans ce cas de lésions extralymphatiques du lymphogranulome inguinal ; en tout cas, celles-ci devront être dorénavant recherchées dans les cas de lymphogranulome.

R. BURNIER.

G. Lane et **Goodman.** ***Xanthome tubéreux chez 2 membres d'une famille, avec lésions cardiaques probables*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **32**, n° 3, Septembre 1935, p. 377-384). — L. et G. ont observé 2 cas de xanthome tubéreux de la peau de la région des coudes et des genoux et des gaines tendineuses, l'un chez le père de 42 ans et l'autre chez la fille de 7 ans ; les lésions étaient apparues il y a 21 ans chez le père et il y a 3 ans chez la fille. La teneur du sang en cholestérine était élevée chez les 2 malades ; le père était atteint de xanthélasma. Une 2e fille avait également une teneur élevée du sérum sanguin en cholestérol, mais sans manifestations xanthomateuses.

Les 2 malades avaient des lésions cardiaques organiques. Le père avait eu un épisode aigu rhumatismal à 25 ans ; la fille avait souffert d'angines à répétition jusqu'à l'âge de 3 ans.

Les troubles cardiaques observés (souffle léger à la pointe chez le père, 2e bruit claquant, plus net à l'aorte qu'à la pulmonaire chez la fille) peuvent être attribués à un dépôt secondaire de cholestérine sur l'endocarde.

Des lésions cardiaques ont été déjà observées par les auteurs au cours du xanthome et à l'autopsie, on a décrit des dépôts xanthomateux sur l'endocarde du ventricule et de l'oreillette, sur des valvules, sur l'aorte et les gros vaisseaux (pulmonaire, carotide). Des lésions rhumatismales sont habituelles dans ces cas.

R. BURNIER.

IL MORGAGNI (Naples)

S. Leonardi. ***La cholestérine du sang et de l'expectoration chez les tuberculeux pulmonaires*** (*Il Morgagni*, t. **77**, n° 25, 23 Juin 1935, p. 683-691). — Une hypercholestérinémie nette est un très bon indice d'un pronostic favorable dans la tuberculose pulmonaire, surtout lorsque le rapport éthers de cholestérine-cholestérine libre est au-dessus de 1 ; inversement, l'hypocholestérinémie est un signe défavorable surtout lorsque le rapport éthers de cholestérine-cholestérine libre est au-dessous de 1 ; lorsque la cholestérinémie est normale, c'est la valeur plus ou moins élevée du rapport qui permet de porter un pronostic plus ou moins favorable. Il n'y a pas de rapport direct entre la cholestérinémie et le taux de la cholestérine dans l'expectoration ; ce dernier est surtout élevé dans les cavernes récentes et dans les formes ulcéreuses et caséeuses.

LUCIEN ROUQUÈS.

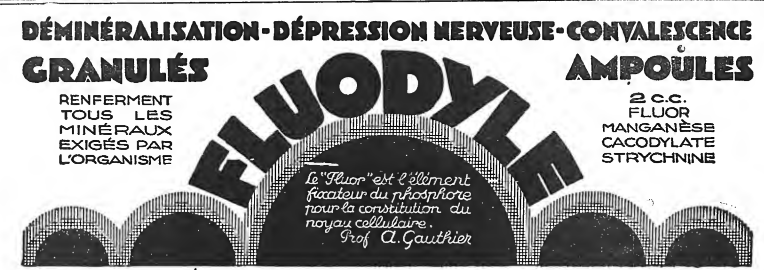
NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

A. C. M. Lips. ***Hémorragies au cours du diabète sucré dans leurs rapports particulièrement avec les injections d'insuline*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **79**, n° 42, 19 Octobre 1935, p. 4879-4886). — L. donne l'observation d'un jeune homme de 18 ans, diabétique, traité par le régime et par des injections régulières d'insuline. Un jour, par hasard, l'insuline lui manqua et le soir il se sentit mal, se mit à vomir d'abord des aliments, puis des matières noires comme du café. A l'entrée à l'hôpital, il présente tous les symptômes du coma diabétique avec 3,16 gr. de sucre et 81 centigr. d'urée par litre de sang.

D'autre part, on apprend que le malade, chaque fois qu'il a eu une crise de coma, a présenté une hémorragie. La 1re fois, il s'agissait d'hématurie après injection d'insuline et la seconde fois d'une hématémèse sans qu'il ait été administré d'insuline.

A propos de ce malade, L. donne une liste très complète des observations d'hémorragies survenues chez des diabétiques en relations avec une injection d'insuline. Il s'agit, dans ces observations, d'hémorragies survenant lorsque le coma menace ou est devenu manifeste, c'est-à-dire dans un état d'acidose. Ces hémorragies ont été expliquées de diverses façons et d'abord considérées comme dues à des phénomènes toxiques par l'action d'acides cétogènes sur les vaisseaux, à des cristaux d'oxalate, à la néphrite ou à l'artériosclérose, à l'hypoglycémie. Mais d'un autre côté, des hémorragies ont été observées au cours du diabète lui-même. Il s'agissait alors d'hémorragies cérébrales, gastro-intestinales, oculaires, urogénitales et, dans la majorité des cas, ces accidents devaient être attribués à l'artériosclérose. Mais ce qu'il y a de plus important, c'est que dans la plupart de ces observations, il y avait presque toujours acidose, l'insuline ne constituant aucunement une condition *sine qua non*.

D'autre part, l'expérience sur l'animal n'a jamais permis de déterminer des hémorragies par injection d'insuline. Cependant, il a été montré par un certain nombre d'auteurs que, dans quelques cas, l'injection d'insuline peut augmenter la pression du sang et, plus spécialement, la pression vei-


DÉMINÉRALISATION - DÉPRESSION NERVEUSE - CONVALESCENCE
GRANULÉS
RENFERMENT TOUS LES MINÉRAUX EXIGÉS PAR L'ORGANISME
FLUODYLE
AMPOULES
2 c.c. FLUOR MANGANÈSE CACODYLATE STRYCHNINE
Le "Fluor" est l'élément fixateur du phosphore pour la constitution du noyau cellulaire.
Prof A. Gauthier
Littérature & échantillons : É^{ts} SABATIER & A. EMPTOZ Pharmacien 10, R. Pierre Ducreux, Paris (16e)

neuse par dilatation des vaisseaux périphériques. Il serait donc possible, en dernière analyse, que l'insuline déterminât des hémorragies surtout si les vaisseaux périphériques présentent des altérations, ce qui est fréquemment le cas dans le diabète. Mais dans l'ensemble, il faut surtout incriminer l'intoxication acide qui, concurremment avec les altérations vasculaires, serait la vraie cause de ces hémorragies.

P.-E. Morhardt.

F. C. Kuipers. ***Le dimenformon à fortes doses dans le traitement de l'arthrite rhumatoïde chronique primitive*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **79**, n° 44, 2 Novembre 1935, p. 5122-5135). — Bien que la question des arthropathies endocriniennes soit encore très discutée, K. a recouru à l'administration, une fois par semaine, de fortes doses d'hormone ovarienne (50.000 unités de dimenformon) chez 3 malades respectivement âgées de 51, 54 et 23 ans et atteintes d'arthrite rhumatoïde chronique primitive (nomenclature de la Ligue Internationale contre le rhumatisme). Chez la 1re, il existait des lésions des jambes auxquelles s'était adjoint un processus d'ostéoarthrite des membres supérieurs. Un traitement de 6 mois par l'hormone ovarienne a déterminé une amélioration nette de l'état des jambes alors qu'au niveau des bras, il n'a pas été constaté de modifications très nettes.

Chez la seconde malade, il s'agit d'une arthrite rhumatoïde chronique primitive existant depuis 20 ans. Un traitement de 12 mois par injections de 25.000 à 50.000 unités d'hormone ovarienne détermine une amélioration nette, caractérisée par la réapparition de la mobilité des articulations du pied, des genoux, ainsi que des autres articulations avec amélioration considérable aux rayons Roentgen.

Dans le 3e cas, il s'agit d'une femme de 23 ans qui présente, depuis l'âge de 7 ans, une arthrite rhumatoïde chronique et une ankylose sévère des diverses articulations. En 6 mois, le traitement détermine une amélioration de la mobilité en même temps qu'une calcification importante du squelette et plus spécialement la suppression des contractures des mains et des pieds avec diminution du gonflement périarticulaire.

En somme, on peut dire que cette méthode de traitement a donné des résultats nets dans l'arthrite rhumatoïde alors que l'ostéoarthrite a réagi moins nettement. L'amélioration obtenue dans ces divers cas s'est manifestée déjà au bout de 6 à 8 injections, par une élévation de la température cutanée due à une amélioration de la circulation périphérique. En outre, les douleurs ont été bien influencées surtout chez les 2 dernières patientes. Il n'a jamais été constaté de réactions fébriles et les modifications objectives de la mobilité ont été très nettes.

La manière dont l'hormone ovarienne agit est obscure car on connaît mal la pathogénèse de l'arthrite rhumatoïde. Il est possible qu'il s'agisse, au fond, d'une action vasodilatatrice, puisque l'irrigation de la peau s'est améliorée dans les 3 cas. Il a été constaté également une calcification remarquable du squelette surtout chez la malade de 23 ans, amélioration qui doit être également attribuée au fait que l'irrigation du squelette a augmenté.

P.-E. Morhardt.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

Naegeli. ***Prodromes peu connus de la sclérodermie progressive diffuse*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 41, 12 Octobre 1935, p. 982-984). — Jusqu'il y a peu de temps, la sclérodermie était une affection absolument incurable, et les observations de guérison signalées autrefois ne doivent être acceptées, d'après N., qu'avec beaucoup de réserves. Cependant, depuis quelques années, les guérisons, surtout de sclérodermie débutante, se multiplient grâce à l'opothérapie prolongée. Dans ces conditions, un diagnostic précoce est plus utile que jamais.

Parmi les symptômes qui peuvent faire songer ainsi à la sclérodermie au début, N. nomme en 1re ligne les télangiectasies éruptives qui intéressent généralement le visage, le cou et les parties supérieures du thorax. Dans ces lésions, on constate toujours nettement le dessin des vaisseaux à distinguer des foyers érythémateux diffus et qui ne présentent pas d'artère ascendante centrale. D'ailleurs, ces productions de nævus semblent d'une façon générale devoir être rattachées à une origine endocrinienne.

Certaines altérations de la pigmentation peuvent appartenir également aux prodromes de la sclérodermie diffuse. Dans un cas, il a été constaté un nævus pigmentaire bien délimité qui s'est mis à augmenter rapidement en s'accompagnant d'ailleurs d'une pigmentation diffuse analogue à celle de la maladie d'Addison en même temps que la sclérodactylie apparaissait. Chez ces sujets, le calcium du sérum atteignait 37 milligr. pour 100 gr.

Les dermatoses inflammatoires localisées et généralisées et tout d'abord l'érythème urticarien ont constitué également dans un cas le début d'une sclérodermie diffuse à évolution rapide et mortelle. Dans ce cas, il y avait basedow et la résection du goitre resta s ns effet.

P.-E. Morhardt.

M. Askanazy et **F. Sciclounoff.** ***Le syndrome interréno-insulaire. Y a-t-il une polynésie (excès d'îlots) apparemment primitive capable de conduire à une cachexie mortelle ?*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 44, 2 Novembre 1935, p. 1046-1051). — Il est donné l'observation d'une jeune fille morte à 20 ans, chez laquelle il apparut progressivement de l'œdème des jambes, de l'amaigrissement, de la pigmentation brune, une pression artérielle très faible, 9,5 à 6, voire même plus tard 6 à 7 au maximum, une absence de transpiration, une rugosité de la peau des bras, une teinte violette des extrémités avec une température variant de 35°4 à 36°4 le matin et de 34°3 à 35°8 le soir ; métabolisme de base : 52 pour 100 de la normale ; glycémie : 0,52 gr. par litre ; production d'ascite exigeant de nombreuses ponctions. Aucun traitement opothérapique ne donna de résultat et on décida d'implanter une hypophyse d'abord de lapin, puis une de mouton, procédé qui sembla donner quelques résultats passagers.

Néanmoins, la malade meurt et, à l'autopsie, on constate d'abord une extrême minceur de la peau, une absence de graisse, un cœur de 130 gr. et une réduction de volume de tous les organes. L'hypophyse, par contre, ne se montre pas atrophique comme dans des affections analogues. Les surrénales sont hyperplasiées de même que le pancréas. Etant donné que le foie de cette malade pèse 520 gr., le pancréas devrait peser moins de 30 gr. alors qu'il en pèse 60. C'est d'ailleurs dans cet organe que les constatations microscopiques ont été faites. Effectivement, le nombre des îlots est surprenant. On arrive à compter 324 îlots par 50 mm2. Ces îlots présentent une structure normale, mais ont des dimensions apparemment supérieures à la moyenne.

En somme, l'autopsie montre, à côté de cette polynésie, une hyperplasie des surrénales et une activation de l'hypophyse. Il y a lieu de considérer dans ce cas que le pancréas et les parathyroïdes étant hypoglycémiants, la thyroïde, l'hypophyse et les surrénales sont au contraire des organes hyperglycémiants. Or, ces deux dernières glandes étaient, chez la malade, en état d'hyperfonctionnement. Ces faits sont d'accord avec les résultats assez favorables obtenus avec la greffe d'hypophyse animale et conduisent à admettre l'existence d'un syndrome interréno-polynésien.

P.-E. Morhardt.

O. Merkelbach. ***L'infra-rouge et le sang normal intoxiqué par l'oxyde de carbone (gaz d'éclairage). Absorption et photographie*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 48, 30 Novembre 1935, p. 1142-1148). — Le spectre de l'oxy-hémoglobine se distingue du spectre de la carboxy-hémoglobine par un déplacement des maximums de la bande α qui coïncident avec la longueur de 576 dans le 1er cas et de 568 dans le second. Pour la bande β, le déplacement est de 541,3 contre 539. D'un autre côté, la couleur de la carboxy-hémoglobine est rouge cerise clair tandis que celle de l'oxy-hémoglobine est d'un rouge jaunâtre. Ces caractères différentiels permettent de penser qu'à l'égard de l'infra-rouge, ces 2 corps se comportent différemment.

Pour étudier cette question, M. a utilisé un appareil construit par lui et qui lui a permis de constater que l'absorption de carboxy-hémoglobine donne son maximum de transparence à 0,75 μ, tandis que pour l'oxy-hémoglobine, ce maximum se trouve à 0,7 μ. De plus, entre 0,7 et 1,3 μ, la transparence de cette dernière s'abaisse fortement tandis que celle de la 1re reste toujours à peu près semblable.

Dans ces conditions, une goutte de sang de 0,1 cmc est déposée sur une lame puis photographiée successivement avec des plaques panchromatiques et avec des plaques sensibles pour l'infra-rouge. On constate ainsi que sur les plaques panchromatiques, il n'y a pas de différence entre les 2 hémoglobines, toutes les conditions étant égales par ailleurs. Par contre, sur les plaques sensibles pour l'infra-rouge, la carboxy-hémoglobine est à peu près aussi transparente que de l'eau. Les reproductions de photographies qui illustrent cet article sont vraiment frappantes à ce point de vue. Avec le sang non hémolysé, les photographies sur plaques sensibles pour l'infra-rouge donnent avec les gouttelettes de sang chargées de CO une apparence blanc opaque.

Ce procédé a un intérêt pratique en ce qu'il permet de dépister une intoxication par CO bien plus longtemps que les méthodes spectroscopiques usuelles.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MEDECINE
(Paris)

E. May et **P. Robert.** ***La cachexie hypophysaire ou syndrome de Simmonds*** (*Annales de Médecine*, t. 38, n° 4, Novembre 1935, p. 317-348). — M. et R. relatent une observation personnelle ayant trait à une jeune fille de 22 ans, chez laquelle le diagnostic de cachexie hypophysaire fut posé par le professeur Bickel (de Genève). Un traitement énergique et prolongé (Præphyson, Prélobau et Progynon puis Prolan) finit par déterminer la reprise du poids avec ébauche de réapparition des règles.

A l'occasion de ce fait, M. et R. présentent une étude d'ensemble de l'affection, avec ses caractères essentiels: amaigrissement, troubles génitaux avec aménorrhée et atrophie de l'utérus et des ovaires chez la femme, impuissance et atrophie testiculaire chez l'homme, troubles des phanères, sénilité précoce, hypotension artérielle, troubles digestifs, troubles psychiques, abaissement du métabolisme basal, glycémie basse, évolution habituelle vers la cachexie et la mort.

Ils précisent les caractères des lésions hypophysaires: sclérose atrophique se limitant habituellement au lobe antérieur, avec participation habituelle des autres glandes endocrines. L'étiologie et la pathogénie sont obscures. Simmonds a formulé l'hypothèse d'une infection embolique, d'origine puerpérale; Maresch celle d'un épuisement de l'hypophyse, lié à la puerpéralité. L'action thérapeutique souvent remarquable des extraits d'hypophyse antérieure indique l'origine hypophysaire du syndrome. Zondek estime qu'il s'agit d'une cachexie cérébro-hypophysaire.

M. et R. décrivent les formes cliniques et parentés morbides du syndrome, où l'hypophyse est la glande chef de file dont les troubles commandent les autres troubles endocriniens. Ils envisagent ensuite les éléments du diagnostic et du traitement, qui consiste essentiellement dans l'opothérapie hypophysaire prescrite à doses suffisantes et sous des formes réellement actives.

L. Rivet.

J.-A. Collazo et **F. Bonilla Marti.** ***Folliculine et métabolisme hydrocarboné*** (*Annales de Médecine*, t. 38, n° 4, Novembre 1935, p. 383-389). — C. et B. M. relatent les résultats de leurs expériences faites à l'aide de la folliculine pure sur des chiennes : ils ont recherché son effet sur la glycémie et la lactacidémie.

La folliculine pure des préparations les plus récentes et les plus réputées produit une élévation de la glycémie, nette, mais légère, de 30 pour 100 environ. L'hyperlactacidémie accompagne l'hyperglycémie, mais est plus intense, de 97 pour 100 environ.

Aussi C. et B. M. classent-ils la folliculine parmi les hormones acidophiles comprises dans la constellation de l'adrénaline.

L. Rivet.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN
(Leipzig)

Ludwig Heilmeyer avec la collaboration de **Ludwig Albus.** ***Hypersplénie hémolytique*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 178, n° 2, 6 Octobre 1935, p. 89-102). — H. remarque que la notion d'ictère hémolytique est très étendue pour l'école française tandis que pour l'école allemande elle est au contraire très délimitée. Il s'agirait alors d'une mutation au sens de De Vriès des érythrocytes qui deviendrait manifeste sous certaine influence. En tout cas, il est établi aujourd'hui qu'en pareil cas, les érythrocytes se rapprochent de la forme sphérique (macrosphérocytose). Dans l'étude de ses cas, H. a déterminé le diamètre des érythrocytes par mensuration directe. Le volume a été mesuré à l'hématocrite et l'épaisseur évaluée en divisant le volume par la surface. Ce procédé donne pour l'épaisseur, chez un même sujet, des chiffres qui ne s'écartent les uns des autres que de ± 0.2. le chiffre normal étant 1,7 à 2,2 μ.

Dans les 3 cas observés par H., il y avait anémie hémolytique intense avec renouvellement du sang considérable (réticulocytose: 100 à 400 pour 1.000; excrétion d'urobiline par les fèces: 700 à 3.000 milligr.), absence d'altération du foie et de la bilirubinurie, diminution de la résistance osmotique et macrocytose, augmentation de l'épaisseur des érythrocytoses, splénomégalie. Dans tous ces cas, le début de l'affection a été brusque et, dans l'histoire des malades pas plus que dans celle de leur famille, on ne retrouvait de symptômes d'ictère hémolytique congénital. Enfin, l'anémie hémolytique a été complètement guérie par splénectomie.

Il est donc certain que dans ces trois cas la rate était la cause de l'altération morphologique et physico-chimique des érythrocytes. Il reste seulement à savoir si la rate a agi indirectement par l'intermédiaire de la moelle osseuse ou directement sur les globules au moment où ils passent dans les sinus spléniques. La comparaison du sang de l'artère et de la veine spléniques montre que dans cet organe, il est survenu une hémolyse importante avec transformation de l'hémoglobine en bilirubine, substance dont le taux passait de 2,75 pour le sang artériel à 3,21 pour le sang veineux. En même temps, la résistance des érythrocytes diminuait tandis que leur volume et leur épaisseur augmentaient.

H. arrive ainsi à considérer cette maladie comme une « hypersplénie hémolytique ». Il y a lieu d'admettre que les fonctions de la rate sont, en pareil cas, troublées par des influences diverses et notamment par des infections streptococciques, comme ce fut le cas dans l'une des observations. L'infection jouerait le rôle d'un excitant qui stimulerait les fonctions de l'organe. Mais dans les deux autres observations, il n'a pas été rencontré de causes de ce genre et alors, on peut se demander si des corrélations endocriniennes n'interviennent pas. Effectivement, dans un autre cas remontant à plusieurs années et incomplètement étudié, il semble que l'hypersplénie ait été en relation avec une anémie myxœdémateuse accompagnée de symptômes d'acromégalie.

P.-E. Morhardt.

Arthur Jores. ***Nycturie expérimentale*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 178, n° 2, 6 Octobre 1935, p. 109-116). — La cause directe des variations quotidiennes de certains processus organiques comme par exemple la diurèse peut être rattachée à des modifications également quotidiennes de l'activité de l'hypophyse ou des surrénales. En pareil cas, il paraît y avoir augmentation de l'activité de l'hypophyse dans l'obscurité car cette glande devient alors 2 ou 3 fois plus riche en mélanophores et en substances vasopressenses et ocytociques qu'à la lumière. D'un autre côté, on sait que pendant la nuit, le tonus du vague est augmenté et il semble bien que la sécrétion aqueuse soit favorisée par le vague alors qu'elle est inhibée par le sympathique. Pour savoir s'il en est bien ainsi, J. a étudié les effets des narcotiques des hémisphères (hydrate de chloral) ou des pédoncules (luminal et véronal) ainsi que des poisons végétatifs (ergotamine et atropine).

Il a été ainsi constaté que les drogues capables de vaincre l'inhibition créée par la pituitrine ne sont pas capables de vaincre l'inhibition nocturne de la diurèse. Il doit donc s'agir là d'un phénomène central. Les influences qui inhibent la sécrétion d'eau viennent manifestement des centres innervés par le sympathique et agissent ainsi sur les reins car cette inhibition est supprimée par le véronal et surtout par l'ergotamine.

Il n'est cependant pas impossible que les principes antidiurétiques jouent un rôle car le diencéphale et l'hypophyse représentent une unité fonctionnelle et l'état d'activité dans lequel le lobe postérieur de l'hypophyse se trouve pendant la nuit est sûrement significatif relativement au fonctionnement de la post-hypophyse.

P.-E. Morhardt.

Manfred Ostertag. ***Les relations du diamètre des érythrocytes et de l'hémogramme avec les influences héréditaires d'après la recherche sur les jumeaux*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 178, n° 2, 6 Octobre 1935, p. 201-206). — Le diamètre des érythrocytes normaux varie de 7,15 à 7,65 μ, soit une variation assez importante de 0,5 μ sans qu'on sache les raisons pour lesquelles ces variations surviennent. Chez des jumeaux univitellins ou en tout cas de même sexe, examinés pour d'autres raisons, O. a étudié le diamètre des érythrocytes par le moyen de l'examen par transparence. Il a été ainsi constaté que les différences les plus grandes observées entre deux jumeaux s'élèvent, quand ils sont univitellins, à 0,06, et quand ils sont bivitellins, à 0.24 μ. La plus petite différence est nulle dans le 1er cas et de 0,01 μ dans le second cas. la moyenne étant pour les univitellins de 0,024 et pour les bivitellins de 0,116 μ. Ainsi, les variations des érythrocytes sont déterminées par l'hérédité dans une grande mesure.

Les autres données numériques du sang ont été également étudiées. Il a été constaté que pour le taux de l'hémoglobine et le nombre des érythrocytes, les différences sont sensiblement les mêmes que les jumeaux soient univitellins ou bivitellins. Les monocytes, les leucocytes éosinophiles, les leucocytes neutrophiles n'ont pas non plus présenté de différences intéressantes. Presque tous les sujets examinés par O. étaient d'ailleurs des adultes, ce qui explique peut-être que les résultats ainsi trouvés soient assez différents de ceux qui ont été observés par Glatzel sur des enfants ou des adolescents. Il y aurait donc lieu d'admettre que pour ces dernières données, les influences extérieures sont capables d'effacer le facteur héréditaire.

P.-E. Morhardt.

Eskil Kylin. ***Deux cas propres à élucider la signification de l'hypophyse dans la régulation de la pression sanguine*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 178, n° 3, 14 Novembre 1935, p. 217-229). — K. donne une observation de maladie de Cushing concernant une femme de 52 ans qui a toujours été corpulente mais souvent maladive. Elle se trouve actuellement dans la période de la ménopause et éprouve une sensation de faim vorace, particulièrement pour les aliments gras et la viande. Son poids est de 104 kilogr ; la soif a aug-


DIASTOGÈNE
GRANULÉ
1 à 3 cuillerées à café
DIASTOG
DIASTOGÈNE F
abrège
les
convalescences
2 à 3
cachets
par jour
LABORATOIRE DEHAUSSY . 66 . R . NATIONALE . LILLE

menté depuis quelques mois au point qu'elle boit 8 à 10 litres par jour. La pression maxima varie de 175 à 210 et le sucre du sang est de 200 milligr. pour 100 gr. Il y a de la glycosurie avec légère élévation du métabolisme de base, abaissement du calcium du sang et élévation du rapport K/Ca ; la réaction de Aschheim-Zondek est très fortement positive.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de 47 ans qui s'est toujours bien portée, qui a présenté dans ces dernières années des accès de convulsions nerveuses non accompagnées de chute. L'état général est bon. Le revêtement pileux est normal. La pression maxima, qui était d'abord à 120, tombe ultérieurement à 80 ou 95. Le métabolisme de base est abaissé (— 18,3 pour 100), le calcium du sang a été une fois de 14,7 et l'autre fois de 13 milligr. pour 100 gr. Une fois où cette femme se sentait prête à avoir une de ses crises nerveuses, on a trouvé 48 milligr. de sucre dans le sang. La courbe de la glycémie adrénalinique présente une ascension anormalement élevée (112 milligr. au lieu de 80 à 95, chiffres habituels). L'administration d'extrait d'hypophyse améliore son état. La malade meurt d'une maladie intercurrente et on ne constate aucune lésion en dehors de l'hypophyse où les cellules à grains éosinophiles sont nombreuses et le tissu conjonctif abondant.

En somme, dans ces deux cas, il y a antagonisme presque à tous les points de vue. Dans le 1er cas, il s'agit vraisemblablement d'un adénome basophile tandis que dans le second il s'agit d'une maladie de Simmonds qu'on ne peut plus, comme on l'a fait naguère, rattacher à l'acromégalie. L'antagoniste vrai de l'acromégalie est, en effet, le nain hypophysaire chez qui l'hormone de croissance manque. En somme, chez la 1re malade, il y a hyperpituitarisme basophile avec hypertension et chez la seconde hypopituitarisme basophile avec hypotension.

P.-E. Morhardt.

Minko Dobreff et **As. Toscheff.** ***Un cas spontané et cryptogénétique d'éosinophilie sanguine excessive et persistante*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **178**, n° 3, 14 Novembre 1935, p. 230-238). — Homme de 56 ans, entré à l'hôpital pour broncho-pneumonie ; état général très mauvais malgré une température le plus souvent inférieure à 37° ; activité cardiaque également très médiocre ; leucocytose avec déplacement vers la gauche et enfin, 3 semaines après l'entrée, présence, en même temps que de la leucocytose, d'une éosinophilie de 51,5 pour 100. A partir de ce moment, les examens réguliers montrent que cette éosinophilie s'abaisse en même temps que la leucocytose pour atteindre des chiffres variant de 1.700 à 2.200 pour une leucocytose variant de 6.200 à 7.700. L'examen des selles est négatif de même que la réaction de Weinberg. Il ne peut pas non plus s'agir des infiltrations pulmonaires végétatives décrites par Löffler.

Par ailleurs, il a été constaté par l'un des deux auteurs, qu'en cas de trichinose, l'administration d'adrénaline augmente de 50 pour 100 l'éosinophilie sanguine. De même, on sait que l'éosinophilie peut être augmentée par la pilocarpine, la physostigmine, la choline, etc. On a donc procédé chez ce malade à l'administration de ces diverses drogues et on a constaté que les drogues vagotropes ne modifient pas, chez lui, d'une façon appréciable, le nombre des éosinophiles circulants. Pourtant une fois sur deux l'acétylcholine a déterminé une augmentation importante des éosinophiles. L'atropine s'est montrée également sans effet.

P.-E. Morhardt.

M. Werner. ***Régulation de la glycémie et disposition héréditaire*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **178**, n° 3, 14 Novembre 1935, p. 308-338). — Pour savoir si et dans quelles mesures les dispositions héréditaires agissent à côté de l'influence du milieu sûr la glycémie, il a été étudié 20 paires de jumeaux univitellins et 20 paires de jumeaux bivitellins. L'examen a consisté à administrer un repas d'épreuve de 50 gr. de glucose. La courbe de glycémie ainsi obtenue n'a jamais été celle du diabète latent.

D'autre part, la courbe des jumeaux univitellins s'est comportée par rapport à celle des bivitellins comme 1 : 1,3. Dans ces conditions, la formule de Lenz (rapport entre les différences moyennes présentées par les jumeaux bivitellins, élevé au carré et diminué d'une unité) permet d'affirmer que le rôle de l'hérédité est de 0,7 à 2,6 fois celui du milieu.

L'influence du milieu, quand elle intervient, ne détermine pas de modification durable mais seulement passagère. Néanmoins, cette influence du milieu peut entraîner des modifications qui empêchent le facteur héréditaire de devenir manifeste.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für GYNAEKOLOGIE
(Berlin)

P. L. Ssuchinin et **A. N. Morosowa.** ***Troubles hépatiques en cas d'infection puerpérale*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. **159**, fasc. 4, 14 Septembre 1935, p. 465-477). — Après avoir rappelé les travaux antérieurs de Woskresssensky, de Couinaud et Clogne, de Bourcart, les auteurs montrent que, au cours des maladies puerpérales septiques (septicémie ou septicopyoémie), on peut observer des changements dégénératifs du parenchyme hépatique, soit dans le sens d'un œdème trouble, soit sous forme d'une dégénérescence graisseuse. Dans 47 pour 100 des autopsies, on trouve des signes d'hépatite, dans 23 pour 100 des signes de péri-hépatite. Dans la majorité des cas (76 pour 100), on observe des signes de congestion et, de façon constante, on constate des infiltrats dans les petites bifurcations de la veine porte. Par ailleurs, le taux du glycogène dans le foie est très abaissé ; mais, cet abaissement dépendant de la durée et de l'intensité du processus septique, on est donc en droit de conclure que l'infection puerpérale est accompagnée d'un état de grande insuffisance hépatique, lequel est d'autant plus accentué que la maladie est plus grave. Dans ces conditions, il était intéressant de rechercher les signes biologiques de cette insuffisance au cours de l'évolution clinique.

La courbe d'hyperglycémie alimentaire correspond, dans la majorité des cas, au 4e type de courbe pathologique d'après la classification de Pletnew et Artynow. Elle correspond plus rarement au type 3 qui se voit seulement dans les cas particulièrement graves.

Les grandes oscillations des polypeptides témoignent d'une plus grande destruction de l'albumine dans le foie.

Comme conséquence, il faut porter la plus grande attention, dans la thérapie de l'infection, à ne pas surmener le foie : régime approprié, amélioration du régime circulatoire (gymnastique respiratoire) et traitement par le sucre et l'insuline.

Henri Vignes.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig)

H. Dibbern. ***Contribution au radiodiagnostic des tumeurs du cerveau et de ses enveloppes au point de vue particulier de la valeur des signes que révèle la radiographie simple*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **52**, n° 5, Novembre 1935, p. 425-441). — Ce travail est basé sur 90 observations dont 54 se rapportant à des cas de certitude et 40 à des cas douteux (les 54 cas de certitude ont tous été l'objet d'examens histologiques dont 63 pour 100 de gliomes, 15 pour 100 de méningiomes, 7 pour 100 de neurinomes).

D. insiste tout d'abord sur la fréquence avec laquelle il est possible, à l'aide de la seule clinique, de conclure avec certitude à l'existence d'une augmentation de pression intracranienne locale ou générale.

Il envisage ensuite les modifications que permet de mettre en évidence la radiographie normale du crâne, leur fréquence et leur importance en vue de l'établissement d'un diagnostic général, topographique, et de nature, d'une tumeur ; il insiste à ce sujet sur les aspects physiologiques variables qui peuvent exister et en tire les considérations qu'ils peuvent comporter au point de vue du diagnostic.

Il s'attache enfin à montrer l'importance de la radiologie en ce qui concerne le diagnostic des tumeurs du cerveau et de ses enveloppes. Des données que lui a permis d'obtenir son expérience, d'après les cas observés à son Institut et de l'ensemble de la littérature, il conclut que le diagnostic radiologique est, seul, rarement suffisant à établir le diagnostic de tumeur du cerveau tant au point de vue diagnostic général qu'à celui de nature.

Au contraire la radiographie simple paraît présenter un intérêt certain pour le diagnostic des tumeurs extra-cérébrales (méningiomes, neurinomes, métastases osseuses).

Il n'existe, en ce qui concerne la majeure partie des tumeurs intra-cérébrales, aucun élément qui permette à ce jour une certitude suffisante pour les différencier.

L'examen radiologique présente pourtant un intérêt de premier ordre en vue d'un diagnostic de localisation, et supérieur même souvent à l'examen clinique, quand il s'agit d'une néoformation, quelle qu'en soit la nature, qui tend à réduire la capacité du crâne.

Malheureusement, s'il est moins pénible pour le malade et ne présente pas les dangers des procédés d'injection d'air dans les ventricules ou de l'artériographie, l'examen radiographique simple est moins précis que ces derniers ; l'artériographie cependant demande à être encore largement étudiée afin que les risques qu'elle comporte puissent compenser les renseignements qu'elle est susceptible de fournir.

Morel Kahn.

G. Haussler. ***A propos des constatations radiologiques après intervention pour ulcères gastriques et duodénaux perforés*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **52**, n° 5, Novembre 1935, p. 461-467). — Ce travail est basé sur 135 observations d'ulcères gastriques ou duodénaux perforés et opérés de 1920 à 1935 dans les cliniques chirurgicales des hôpitaux municipaux d'Essen ; 111 sujets ont survécu à l'opération et 86 (soit 77,5 pour 100) ont répondu à une enquête faite par H. (Les observations cliniques ont été rapportées dans *Der Chirurg*, 1935).

Parmi les malades suivis et ayant subi un contrôle radiologique citons : 13 résections primitives, 22 enfouissements par péritonisation, 35 enfouissements par péritonisation suivis de gastro-entérostomie.

Dans un grand nombre des cas où seul fut utilisé l'enfouissement par péritonisation il était aisé de reconnaître le siège de l'intervention du fait de l'existence d'une saillie de la paroi vers la lumière intestinale ; 5 cas ont vu survenir une sténose.

Chez les sujets ayant été en outre gastro-entérostomisés, il ne fut possible que dans quelques cas de déterminer le siège primitif de la lésion ;

d'ailleurs cette reconnaissance était rendue particulièrement difficile par l'élargissement constant des plis de la muqueuse.

Dans quelques cas il a été possible de préciser le siège de l'intervention avec certitude neuf ans après.

Souvent on n'observe que des modifications sans rien de caractéristique, comme par exemple des déformations de la région pylorique ou du bulbe.

Dans 7 cas examinés peu de temps après enfouissement et gastro-entérostomie, H. a pu mettre en évidence un ulcus peptique jéjunal.

Morel Kahn.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG
(Berne)

W. Neuweiler. ***La teneur en vitamine A et en carotène du lait de femme*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. **4**, n° 4, Octobre 1935, p. 259-271). — Le lait a été recueilli le matin avant la tétée de l'enfant chez des nourrices hospitalisées, nourries toutes de façon semblable (lait, pain, viande, légumes verts [carottes, choux, pommes de terre, salade] et compotes). La détermination de la vitamine A a été faite par la méthode colorimétrique de Carr-Price. L'examen spectroscopique n'a permis de déceler du carotène qu'une seule fois. Mais ce corps a été déterminé quantitativement par comparaison avec une solution chloroformique de carotène de concentration connue. Sur 40 échantillons de lait ainsi examinés, on a trouvé par 100 cmc un nombre d'unités de vitamine A variant de 25 à 225 soit, en moyenne, 100 à 150 unités-rat. Ces variations doivent être attribuées à des facteurs constitutionnels, comme la quantité de lait ou la teneur en graisse. En tout cas, l'âge ni le nombre des enfants ne joue un rôle.

Pour apprécier les effets de l'alimentation, on a donné à une femme dont le lait ne contenait que 50 à 100 unités par 100 cmc une dose très élevée de vitamine A (80.000 unités par jour). Au bout de 4 jours, l'augmentation de la vitamine A dans le lait a été de 100 pour 100 pour diminuer de nouveau dès la cessation du médicament. L'administration de 200 gr. de beurre n'a pas eu d'effet, celle de 10 centigr. de carotène a également fait augmenter la vitamine A de 100 pour 100. Mais on a pu calculer que sur les 80.000 unités de vitamine A administrées, on n'en retrouvait guère dans le lait que 300 à 400. Il faut donc admettre que cette vitamine peut être mise en dépôt dans des proportions importantes.

Le carotène varie également dans de fortes proportions (traces à 400 γ pour 100 cmc). Il y a un certain parallélisme entre la teneur en carotène et celle en vitamine A. D'une façon générale, la quantité de vitamine A éliminée par jour avec le lait doit varier de 300 à 500 ou 600 unités alors que l'élimination du carotène varie de 500 à 10 γ. Ces chiffres sont d'ailleurs sensiblement plus élevés que ceux qui sont trouvés dans le lait de vache (25 à 50 unités pour le lait d'hiver).

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE
(Leipzig)

F. von Mikulicz-Radecki (Königsberg). ***Statistique d'ensemble sur la stérilisation eugénique chez la femme et conséquences qui en découlent*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An. **59**, n° 30, 27 Juillet 1935, p. 1749-1759). — Bauer estime que le nombre des femmes soumises à la stérilisation eugénique a été d'environ 22.500. M. R. a recueilli 6.032 cas de stérilisation pratiquée dans 47 établissements. L'opération recommandée par M. R. consiste en une excision intra-murale de la trompe, procédé qui a l'avantage de laisser en place le reste de l'organe.

Trois voies permettent d'atteindre les trompes :

a) La voie abdominale la plus fréquemment employée (82,4 pour 100 des cas).

b) La voie inguinale (12,9 pour 100 des cas). M. R. la déconseille car elle nécessite 2 incisions et l'opération peut être difficile si les trompes sont adhérentes.

c) La voie vaginale (4,7 pour 100 des cas). M. R. la recommande surtout chez la femme adulte même jeune et même si elle n'a pas eu d'enfant.

La section des trompes par voie vaginale est le procédé de choix chez les femmes obèses ou cardiaques.

On peut encore faire usage des radiations pour stériliser les femmes, en particulier à l'époque de la ménopause.

Sur les 6.032 cas, la mortalité opératoire a été de 0,41 pour 100. Dans 5 cas sur 25, la mort post-opératoire a été causée par l'évolution des lésions organiques ayant commandé la stérilisation.

Des 20 autres cas de mort, 6 ont trait à des complications pulmonaires, 8 à des complications cardiaques ou circulatoires, 1 à une diathèse hémorragique et 5 à des infections péritonéales.

Il n'est pas douteux que la mortalité est trop considérable et qu'un examen pré-opératoire très minutieux, en particulier l'étude de la formule leucocytaire et la recherche bactériologique des infections génitales, doit permettre d'éviter une partie des complications mortelles.

M. R. conseille, pour supprimer les complications pulmonaires, de faire usage du rectidon comme anesthésique de base et de compléter l'anesthésie en donnant un peu d'éther.

L'anesthésie la plus parfaite serait obtenue par M. R. si au lieu de donner à ses opérées une anesthésie complémentaire à l'éther, il faisait usage du rectidon et du protoxyde d'azote.

Desmarest.

B. Liegner (Breslau). ***Le traitement des troubles de la menstruation par l'insuline*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An **59**, n° 48, 30 Novembre 1935, p. 2883-2888). — L'insuffisance de la production d'hormone insulinique semble troubler le développement de l'œuf. Le follicule persiste et s'atrésie entraînant des modifications dans l'écoulement menstruel sanguin, tantôt en plus, tantôt en moins, et pouvant même le suspendre.

Mais pour affirmer l'origine hormonale insulinique des troubles menstruels, il faut se baser sur des signes digestifs et généraux. Les principaux sont la maigreur des sujets dont le métabolisme de base est abaissé, les troubles hépatiques et gastro-intestinaux liés à une perturbation dans le métabolisme des graisses et des hydrates de carbone. La glycémie est normale ou un peu élevée. Dans les antécédents des malades on peut retrouver des diabétiques. Enfin, l'insuline améliore ces malades.

Dans les aménorrhées, l'insuline agit bien, comme le prouvent 2 obervations dont l'une est tout à fait démonstrative.

Une jeune étudiante chez qui tous les traitements par les hormones folliculaires et hypophysaires avaient échoué reçoit un traitement progressif d'insuline (3 fois par jour 5 unités internationales, puis augmentation de la dose jusqu'à 20 unités internationales). En 4 semaines le poids augmente de 6 kilogr., mais les règles ne se rétablissent qu'après plusieurs cures, puis disparaissent quand la malade cesse le traitement ; en même temps on note une perte de poids importante. Au traitement insulinique doivent être joints le repos au lit et les injections de sérum glucosé.

Klaften a montré expérimentalement que l'action de l'insuline sur l'utérus est semblable à celle des extraits de corps jaune.

Desmarest.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

W. L. Harnett et **G. Galstaun.** ***Corrélation des données radiologiques et opératoires dans l'appendicite chronique*** (*British medical Journal*, n° 3894, 24 Août 1935, p. 327-332). — Les cas observés peuvent être divisés en 4 types : un type A comprenant les cas avec attaques aiguës, bien définies ; un type AB, cas où à la suite d'attaque on a pu observer des douleurs appendiculaires récurrentes et de vagues troubles digestifs ; un type B, cas où l'on trouve des douleurs appendiculaires sans histoire de crise aiguë ; un type C, cas où l'on rencontre de vagues troubles digestifs sans antécédents de crise aiguë ou de douleurs appendiculaires.

Au point de vue radiologique, on trouva plus de signes indirects d'appendicite dans le type A que dans les types AB et B.

Sur 31 cas de type A, les signes indirects furent présents dans 24 cas dont 23 montrèrent à l'opération des adhérences et de l'inflammation récente.

Sur 13 cas de type B, ces signes indirects furent présents dont 3 les devaient à des adhérences et 3 à une colite non décelée.

Le réflexe gastro-duodénal, décrit par Macewen en 1904 et par Hurst en 1909, fut trouvé dans 85 pour 100 des cas où il fut recherché et était le seul signe radiologique dans 3 cas.

D'autres signes radiologiques d'un appendice malade ont été trouvés. Leur valeur semble être aussi grande dans tous les cas, mais ils ne sont pas absolument pathogéniques de l'appendicite chronique, car ils peuvent se produire en d'autres conditions inflammatoires du côlon.

Dans chaque cas où les signes radiologiques indirects furent présents on trouva un appendice malade à l'opération. La non-visibilité de l'appendice à l'examen radiologique trouva son explication chaque fois à l'opération : il y avait oblitération de la lumière par inflammation récente ou ancienne. A signaler, encore, la fréquence de lésions dysentériques méconnues qui donnent des signes indirects radiologiques d'appendicite.

André Plichet.

Julius H. Beilby. ***Migraines persistantes durant l'allaitement*** (*British medical Journal*, n° 3894, 24 Août 1935, p. 337-338). — Cette migraine commence en général au cours ou après la première semaine de l'allaitement. Elle est surtout frontale. Elle ne semble se produire que chez les multipares, surtout chez celles qui sont dans un état physique médiocre et pour lesquelles l'allaitement est une fatigue de plus. La coïncidence de caries dentaires semble indiquer que la cause en est la déminéralisation des sujets.

Le traitement symptomatique doit être envisagé avec prudence en raison du passage de certaines substances dans le lait. Il vaudra mieux s'adresser à un traitement prophylactique : régime prénatal riche en vitamines C, calcithérapie, médication martiale que l'on pourra continuer pendant toute la durée de l'allaitement. Le sevrage met en général fin à ces migraines.

André Plichet.

W. Primrose. ***La résurrection du cœur*** (*The British medical Journal*, n° 3898, 21 Septembre 1935, p. 540-541). — Le risque d'une défaillance cardiaque au cours de l'anesthésie est toujours possible. Parmi les moyens employés pour y remédier, le massage cardiaque semble être un des

meilleurs. Ce massage se fait après ouverture de l'abdomen à travers le diaphragme. La main droite de l'opérateur passe au-dessous du foie et arrive au contact du cœur à travers la partie gauche du diaphragme. La main gauche comprime la région précordiale. La main droite exprime le ventricule gauche pour imiter les battements du cœur toutes les 10 à 15 secondes d'abord et faire ainsi repartir le cœur. On accélère les mouvements ensuite. Cette manœuvre est pénible à effectuer. Pendant ce temps, on fait respirer de l'oxygène au malade.

P. cite 4 cas de syncope cardiaque au cours de l'anesthésie chez lesquels l'injection d'adrénaline intracardiaque, l'inhalation de nitrite d'amyle n'avaient donné aucun résultat, mais qui furent ressuscités par le massage du cœur.

André Plichet.

C. E. van Roogen et **G. R. Pile.** ***Le traitement de la paralysie générale par le plasmodium Knowlesi (agent de la malaria du singe)*** [*British medical Journal*, n° 3901, 12 Octobre 1935, p. 662-666]. — Il est parfois difficile dans certaines colonies à climat tempéré de garder des souches de plasmodium pour le traitement de la paralysie générale, d'où l'intérêt qu'il y aurait d'avoir un virus capable de résister aux températures basses. R. et P. ont essayé d'impaluder 12 sujets atteints de paralysie générale à l'aide du Plasmodium Knowlesi, agent de la malaria du singe. Ils ont injecté soit par la voie intramusculaire, soit par la voie intraveineuse, 5 cmc de sang de singe défibriné obtenu par ponction cardiaque sur un singe anesthésié.

Les accès furent quotidiens. La fièvre s'éleva jusqu'à 40°. En général, ils sont moins graves que ceux obtenus avec les parasites humains. L'incubation est de 8 jours et les parasites apparaissent dans le sang à cette date. On arrête l'infection par administration de quinine après le 8e accès. A signaler que l'atébrin et la plasmoquine semblent avoir une action moindre que le chlorhydrate de quinine. La dose de quinine utile est relativement petite. On ne dépasse guère la dose de 0,50 en injection intramusculaire et la même dose *per os.* Il est bon de continuer pendant quelque temps encore la quinine pour empêcher les rechutes et d'y adjoindre alors l'atébrin et la plasmoquine.

Le sang de singe infecté, conservé à la glacière, reste pathogène pour l'homme jusqu'au 8e jour, pour le singe jusqu'au 12e jour.

Malgré le défaut d'une conservation peu prolongée, les avantages de ce virus sont la courte durée de l'incubation, l'élévation graduelle de la température, les accès quotidiens qui permettent de raccourcir le temps d'hospitalisation des malades. Mais les cas traités sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse se faire une opinion sur la valeur de ce traitement.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

J. P. Steel. ***Le traitement des plaies par l'huile de foie de morue*** (*The Lancet*, n° 5841, 10 Août 1935, p. 290-293). — Ce traitement a été préconisé pour la première fois par Löhr (Magdeburg). Il est bien rare que l'on puisse recevoir à l'hôpital des brûlures sans qu'elles aient déjà été soignées par des applications de corps gras, d'huile notamment. Dans ces conditions le traitement par l'acide tannique est inopérant. De plus ce traitement nécessite une toilette soignée de la peau qui ne peut se faire que sous l'anesthésie générale. L'application d'huile de foie de morue sur les brûlures peut se faire sans nettoyage préalable. On applique directement sur la plaie des compresses largement imbibées d'huile de foie de morue qu'on laisse au moins pendant quarante-huit heures et qu'on a soin de réimbiber chaque vingt-quatre heures. Rapidement une plaie atone se transforme sous l'action de ce médicament en une plaie à granulations saines et les malades déclarent que ce mode de pansement est beaucoup moins pénible que les autres.

S. a essayé de traiter par l'huile de foie de morue des ulcérations atones et des plaies profondes en ayant soin de laisser le pus s'écouler. Il a obtenu des cicatrisations rapides.

Après la cicatrisation la peau a une coloration brune qui disparaît par la suite. Le seul inconvénient de ce traitement est son odeur spéciale contre laquelle on ne peut remédier qu'en changeant souvent les draps des malades.

André Plichet.

Georges R. Minot et **W. B. Castle.** ***L'interprétation des réactions réticulocytaires*** (*The Lancet*, n° 5841, 10 Août 1935, p. 319-330). — Les colorations vitales ont permis de découvrir, dans le sang, des cellules rouges spéciales auxquelles on a donné le nom de réticulocytes. Elles représentent en quelque sorte la cellule intermédiaire entre le globule rouge nucléé et le globule rouge adulte. Leur présence dans le sang circulant est un critérium de l'activité de la moelle osseuse et de l'action d'agents thérapeutiques antianémiques.

La production des globules rouges chez l'individu normal est probablement réglée par la teneur en oxygène de la moelle osseuse. Si la moelle osseuse est en état d'anoxhémie par suite d'intoxication oxycarbonée ou par séjour en grande altitude ou à la suite d'encombrement pulmonaire, le nombre des réticulocytes s'accroît dans le sang. Dans les anémies la réponse réticulocytaire est en réalité une réponse physiologique à l'abaissement de la teneur en oxygène de la moelle osseuse.

L'extrait de foie, le fer où la vitamine C ne produit pas de réponse réticulocytaire chez les sujets normaux ou dans les anémies produites par une carence autre que celle de ces substances.

Le début, la durée, l'importance de la poussée réticulocytaire dépendent d'un certain nombre de facteurs : le niveau initial des globules rouges, la quantité de substance antianémique donnée, son mode d'administration et l'état de la moelle osseuse.

La poussée réticulocytaire est d'autant plus importante que le chiffre de globules rouges est bas, que la quantité de substances actives antianémiques est plus élevée sans pour cela pouvoir dépasser un certain niveau, que ces substances sont administrées par voie parentérale. Cette poussée est d'autant plus continue que les substances antianémiques ont été injectées chaque jour en quantités importantes.

Cette poussée leucocytaire permet de juger de l'état de la moelle osseuse et de la valeur des différents agents thérapeutiques.

André Plichet.

Paul D. White. ***Le traitement chirurgical de la péricardite calleuse*** (*The Lancet*, n° 5846, 14 Septembre 1935, p. 597-603). — Les principaux signes de cette affection, difficile à diagnostiquer, sont : le début insidieux de l'œdème chez un jeune sujet, l'hépatomégalie avec ascite, l'augmentation du volume des jugulaires, l'intégrité des bruits du cœur contrastant avec la présence de dyspnée sans lésions rénales, la pression artérielle basse et le pouls paradoxal. Les anomalies de l'électrocardiogramme, les antécédents de péricardite aiguë et de polysérosite et surtout la radiologie confirment le diagnostic. Mais celui-ci est toutefois difficile avec la sténose mitrale, la cirrhose hépatique au début, l'insuffisance de la tricuspide et les tumeurs du médiastin. Le pronostic est franchement mauvais, l'affection provoquant une demi-invalidité et nécessitant de nombreuses et fréquentes paracentèses.

Un traitement chirurgical de cette affection est possible. Il consiste, non pas en l'opération de Brauer qui est une thoracolyse et qui ne débarrasse pas le péricarde de sa coque fibreuse, mais en l'opération de Delorme. Il faut non seulement faire sauter une large partie des extrémités antérieures des 4, 5 et 6es côtes et du bord gauche du sternum mais encore disséquer le péricarde et enlever toute la coque fibreuse. Sur 12 cas opérés par W. six ont été complètement guéris.

André Plichet.

J. H. Anderson. ***Le traitement de l'obésité*** (*The Lancet*, n° 5846, 14 Septembre 1935, p. 604-607). — L'obésité est un symptôme et non pas une maladie. Avant d'entreprendre son traitement, il est capital de déterminer s'il s'agit d'une obésité endogène, c'est-à-dire relevant d'un dysfonctionnement des glandes endocrines, thyroïde, hypophyse, glandes génitales, ou d'une obésité exogène provoquée par un excès de nourriture et un défaut d'exercice. Des cas mixtes sont d'ailleurs possibles, d'où la nécessité de faire un examen complet des malades renforcé par des recherches de laboratoire : métabolisme basal, courbe de la tolérance au glucose, radiographie de la selle turcique.

Le traitement de l'obésité comprend 4 directives : essentiellement le régime et l'exercice, accessoirement les médicaments et les agents physiques.

Le régime doit être agréable à suivre et ne pas trop s'écarter de l'alimentation courante. Le danger des régimes spéciaux est la tentation qu'éprouve le malade de reprendre après la cure son alimentation habituelle. Le régime ne doit pas consister en la simple réduction des quantités, il faut chercher l'équilibre. L'excès d'hydrates de carbone est souvent la cause de l'obésité, mais on ne doit pas les réduire jusqu'à provoquer une perte de forces et l'acidose. On doit donner assez de protéines pour compenser les dépenses journalières de l'organisme. Les hydrates de carbone sont fournis par les fruits qui facilitent les fonctions digestives. Comme la chute du poids est fonction de l'oxydation des graisses et de la déperdition de l'eau, on réduira les graisses, mais il n'est pas utile de réduire les liquides à moins de troubles circulatoires.

Il est intéressant de comparer, dans un régime ordinaire et dans un régime réduit, les quantités nécessaires de graisses, d'hydrates de carbone et de protéines. Dans un régime normal de 2.600 calories, 55 pour 100 des calories proviennent des hydrates de carbone, 14 pour 100 des protéines et 31 pour 100 des graisses. Dans un régime réduit à 1.300 calories, 34 pour 100 des calories proviennent des hydrates de carbone, 33 pour 100 des protéines et 33 pour 100 des graisses. Ainsi en réduisant de moitié la valeur calorique du régime la proportion des hydrates de carbone a considérablement diminué, celle des protéines a augmenté et celle des graisses est restée la même.

A. donne les menus de 4 types que l'on doit modifier pour chaque cas particulier. On suit les effets du traitement par pesée hebdomadaire. Certains malades, dans l'espoir de maigrir plus vite, intercalent des jours de jeûne. Ils peuvent être utiles au début du traitement et lorsque la courbe de poids reste stationnaire après une première baisse.

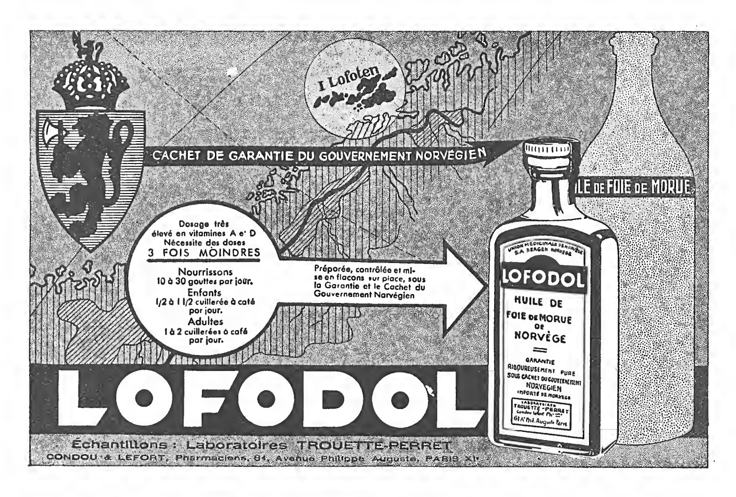
L'exercice physique doit être surveillé aussi sérieusement que le régime. Il consiste en marche, golf et même tennis.

Certains médicaments surtout dans l'obésité de nature exogène peuvent être donnés : l'extrait thyroïdien associé ou non à l'extrait hypophysaire. Certains auteurs préfèrent le dinitrophénol à l'extrait thyroïdien associé ou non à l'extrait thyroïdien.

Quant aux agents physiques, ils sont sans action sur le poids.

Grâce à ce mode de traitement, même si la réduc-


MALADIES INFECTIEUSES
1 à 4 Ampoules par jour de
Lantol
Rhodium colloïdal électrique
GRIPPES
Septicémies
Pneumonies
Typhoïdes
Paludisme
Etc.
Laboratoires COUTURIEUX, 18, Avenue Hoche, PARIS


I Lofoten
CACHET DE GARANTIE DU GOUVERNEMENT NORVÉGIEN
HUILE DE FOIE DE MORUE
Dosage très élevé en vitamines A et D
Nécessite des doses
3 FOIS MOINDRES
Nourrissons
10 à 30 gouttes par jour.
Enfants
1/2 à 1 1/2 cuillerée à café par jour.
Adultes
1 à 2 cuillerées à café par jour.
Préparée, contrôlée et mise en flacons sur place, sous la Garantie et le Cachet du Gouvernement Norvégien
LOFODOL
HUILE DE FOIE DE MORUE DE NORVÈGE
GARANTIE RIGOUREUSEMENT PURE SOUS CACHET DU GOUVERNEMENT NORVÉGIEN
LOFODOL
Échantillons : Laboratoires TROUETTE-PERRET
CONDOU & LEFORT, Pharmaciens, 61, Avenue Philippe Auguste, PARIS XI°


PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
VACCINATION PAR VOIE BUCCALE
BILIVACCIN
Contre :
la TYPHOIDE, les PARA A et B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
COLIBACILLOSES
H. VILLETTE, PH.ien, 5, Rue PAUL-BARRUEL, PARIS-15e

tion de poids n'est pas obtenue, le malade se sent mieux. A. estime qu'une perte de poids de 4 kilogr. 500 à 6 kilogr. 500 par mois est grandement suffisante.

André Plichet.

J. L. Livingstone et **Marjorie Gillepsie**. ***Valeur des exercices respiratoires dans l'asthme*** (*The Lancet*, n° 5848, 28 Septembre 1935, p. 702-704). — Sur 75 cas d'asthme traités par la méthode des exercices inspiratoires et expiratoires, 52 furent guéris, 12 améliorés. L'échec fut complet dans 11 cas.

Durant la crise d'asthme, les bronchioles sont rétrécies par le spasme et la congestion, l'air peut entrer dans les alvéoles par une forte inspiration, mais ne peut en sortir. La respiration est du type thoracique supérieur, les muscles respiratoires accessoires sont contractés au maximum et, dans l'asthme chronique, il n'est pas rare de voir des déformations thoraciques.

Ces exercices respiratoires ont donc pour but de vider les poumons en augmentant la phase expiratoire, de rééduquer les mouvements automatiques du diaphragme et de diminuer la respiration à type thoracique, de relâcher les muscles contracturés spasmodiquement, de mobiliser les côtes et la paroi thoracique et de corriger la cyphose.

Ces exercices respiratoires consistent en une courte inspiration par le nez, suivie d'une longue et lente expiration par la bouche avec un bruit de sifflement. Au moment de l'expiration, le creux épigastrique se creuse, preuve de l'ascension du diaphragme dans le thorax. Ces exercices doivent être faits plusieurs fois par jour et prolongés jusqu'à ce que le malade ait acquis une respiration du type diaphragmatique.

Ce traitement est simple, mais il demande de la persévérance de la part du patient et du médecin. Certains malades se sont montrés incapables d'acquérir cette respiration diaphragmatique. Il va sans dire qu'il ne faut pas négliger le traitement spécifique : suppression des sensibilisations et correction des défauts du nez.

André Plichet.

H. H. Bashford et **W. L. Scott**. ***La capacité de travail après les ulcères gastriques et duodénaux*** (*The Lancet*, n° 5848, 28 Septembre 1935, p. 710-714). — Cette enquête porte sur 430 malades choisis parmi les quelques milliers d'employés des Postes de Londres. Parmi ces malades, 200 avaient été opérés d'un ulcère du duodénum, 40 malades dont l'ulcère avait été reconnu cliniquement et radiologiquement avaient été traités médicalement ; 150 avaient été opérés d'un ulcère gastrique, 40 souffrant de la même affection avaient été traités médicalement.

Sur ces 430 malades, 31 pour 100 en une année eurent une incapacité de travail de plus d'un mois, 27,7 pour 100 une incapacité de 14 à 28 jours, 17,7 pour 100 une incapacité de 7 à 14 jours et 23 pour 100 une incapacité de moins d'une semaine.

Sur les 200 cas d'ulcères duodénaux opérés, 6 eurent une récidive et 4 présentèrent par la suite un ulcère d'estomac. Sur les 40 ulcères duodénaux traités médicalement, 4 durent être opérés. Sur les 150 cas d'ulcères gastriques, 9 eurent une récidive et 6 eurent un ulcère duodénal.

Il a été dit parfois que les malades opérés à la suite de perforation d'ulcère étaient indemnes pour le reste de leur vie de toute complication. Les chiffres fournis par cette statistique semblent indiquer le contraire.

Au point de vue de l'âge, sur les 240 cas d'ulcère duodénal, 48 avaient moins de 35 ans, 137 avaient entre 35 et 45 ans, 55 avaient plus de 45 ans. Sur les 190 cas d'ulcère gastrique, 51 avaient moins de 35 ans, 85 avaient entre 35 et 45 ans, 54 avaient au-dessus de 45 ans.

André Plichet.

Kenneth Goadby, G. Worster-Drougt et **W. E. Carnegie Dickson**. ***Agranulocytose. Symptômes de méningite avec modification du liquide céphalo-rachidien dans un cas à rechute*** (*The Lancet*, 26 Octobre 1935, n° 5852, p. 933-938). — Il s'agit d'un cas d'agranulocytose survenu chez une femme âgée de 50 ans dans les antécédents de laquelle on ne trouve qu'une pneumonie, en 1933, soignée par des injections de sérum antipneumococcique et non par du pyramidon.

L'affection débuta en Avril 1933 par des vomissements, de la céphalée, puis la température s'éleva en même temps qu'apparaissaient des ulcérations des gencives et une splénomégalie. L'examen du sang montra 3 pour 100 de granulocytes sur 2.200 globules blancs. On traita la malade par des injections de pentnucléotide qui amenèrent la guérison rapidement.

Un mois après, rechute avec les mêmes symptômes. La culture des prélèvements effectuée au niveau des ulcérations buccales ne montra ni bacilles fusiformes, ni spirochètes de Vincent. Le même traitement fut efficace. En Juin et en Septembre, nouvelles rechutes.

En Février 1935, 5e rechute, mais cette fois, malgré une transfusion et les injections de pentnucléotide, des signes de méningite apparaissent. La ponction lombaire donne : 2 lymphocytes par mcm, 0,60 d'albumine, 0,56 de glucose. Les réactions de Kahn, de Wassermann furent négatives ; par contre la réaction de Lange à l'or colloïdal donna une réaction du type paralytique. L'état de la malade s'améliora grâce à l'adjonction d'acétylarsan aux injections de pentnucléotide.

Il est à remarquer que la réaction du liquide céphalorachidien dans ce cas était comparable à celle que l'on trouve dans la sclérose en plaques. Cette maladie comme l'agranulocytose est vraisemblablement due à un agent infectieux, spirochète ou virus filtrant.

André Plichet.

R. H. Dobbs. ***La pancréatite aiguë chez l'enfant*** (*The Lancet*, n° 5853, 2 Novembre 1935, p. 989-991). — La pancréatite suraiguë est rare chez l'enfant. On rencontre bien quelques cas de pancréatite aiguë, en général bénins, surtout à la suite d'oreillons, puisque sur 119 cas cités dans la littérature, on ne trouve qu'un cas où l'opération fut nécessaire et un seul cas de mort, la fameuse observation de Lemoine et Lapasset.

D., à propos d'un cas observé par lui-même, résume 14 autres observations de pancréatite suraiguë. Le début en est toujours brutal : douleur abdominale accompagnée de vomissements répétés, état de shock, sensibilité de l'abdomen, mais cependant sans défense musculaire. A ajouter deux symptômes particuliers : un état cyanotique ou livide de la face, une coloration bleue périombilicale produite sans doute par des pigments provenant du sang épanché dans la cavité péritonéale.

Parmi les méthodes de laboratoire, réactions de Lœwe, de Cammidge, de Volgemuth ; cette dernière, qui consiste en la recherche de la diastase pancréatique dans l'urine, seule a de la valeur dans ce cas.

Sur ces 15 cas, 4 avaient pour origine un traumatisme abdominal. La présence d'ascaris lumbricoïdes fut certainement la cause d'un cas et probablement de deux autres. Dans un cas, on trouva une anomalie des voies pancréatiques ; dans un autre, une duodénite ; on trouva la pancréatite, dans un cas, associée, comme chez l'adulte, à une cholélithiase. Enfin, dans 6 cas, on ne put trouver de cause valable.

12 cas furent opérés et 7 guérirent. Les autres moururent avant l'opération. Celle-ci doit être faite d'urgence pour permettre le drainage du suc pancréatique et du sang épanchés.

André Plichet.

Duncan Menzies. ***La pyrothérapie dans la démence précoce*** (*The Lancet*, n° 5853, 2 Novembre 1935, p. 994-996). — 34 cas de démence précoce ont été traités par la pyrothérapie, 7 à l'aide d'injections intramusculaires de sulfosine, 27 à l'aide de Dmelcos en injections intraveineuses.

La sulfosine est de l'huile soufrée à 1 pour 100. Les injections se font 2 fois par semaine à des doses croissantes de 1 cmc à 10 cmc.

Les injections de Dmelcos se font tous les 2 jours à doses progressives de 1 ; 1, 5 ; 2, 2, 5 ; 3 cmc, chaque centimètre cube contenant 225 millions de bacilles. Le Dmelcos a l'avantage sur la sulfosine de n'être pas douloureux.

Sur ces 34 cas, 4 guérirent, 20 montrèrent une amélioration qui dura des temps variables, 10 subirent ce traitement sans succès.

En comparant les statistiques d'une période d'égale durée, on voit que ce traitement n'améliore guère le pronostic de cette maladie. Mais la pyrothérapie semble avoir cependant pour effet de raccourcir le temps pendant lequel ces malades ne peuvent être soumis à la psychothérapie et à la rééducation.

André Plichet.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

W. S. Middleton et **J. McCarter**. ***Le diagnostic de la périartérite noueuse*** (*The american Journal of the medical Sciences*, t. **190**, n° 3, Septembre 1935, p. 291-308). — M. et M. donnent une revue d'ensemble de la périartérite noueuse et en relatent 3 cas. Dans le 1er concernant un homme de 48 ans, le diagnostic put être fait pendant la vie, malgré l'absence de nodules sous-cutanés, grâce à la tétrade de Meyer et Brinckmann : cachexie de type chlorotique, polynévrite et polymyosite, manifestations abdominales accusées telles que crampes, vomissements, diarrhée, avec parfois melæna et perforation, enfin néphrite. Le début fut marqué par des troubles gastro-intestinaux (anorexie, douleurs épigastriques, diarrhée parfois sanguinolente), de l'amaigrissement, de la céphalée. Plus tard s'ajoutèrent des symptômes rénaux et l'apparition d'une courbe diabétique à l'épreuve d'hyperglycémie provoquée, indiquant une participation du pancréas. Il existait une inversion du rapport sérine-globuline. Une éosinophilie sanguine importante contribua aussi à orienter le diagnostic. Une biopsie des muscles du mollet ne montra pas de lésions artérielles caractéristiques. La mort survint 5 mois après le début apparent. L'autopsie montra des lésions typiques de périartérite noueuse, prédominant au niveau des artérioles des viscères abdominaux ; il existait en outre de la cholécystite calculeuse ulcéreuse et de la sclérose rénale avec de petits infarctus.

Les deux autres cas illustrent les difficultés du diagnostic. Chez le premier de ces deux malades, un homme de 69 ans, le tableau clinique faisait penser à des lésions du système nerveux central d'origine artérioscléreuse banale. Chez le second, un homme de 68 ans, l'insuffisance rénale dominait la scène, si bien que les indices d'une polynévrite ou d'une polymyosite passèrent inaperçus, d'autant qu'il existait une hypertension marquée ; chez ce malade également, on notait une inversion du rapport sérine-globuline. Dans ces deux derniers cas il n'y avait pas d'éosinophilie significative. Chez aucun de ces trois malades on ne put découvrir de nodules sous-cutanés.

Etiologiquement, M. et M. tendent à ranger cette affection dans le groupe des maladies rhumatismales.

P.-L. Marie.

L. Krahulik, M. Rosenthal et **E. Louglin.** ***Périartérite noueuse avec atteinte méningée dans l'enfance*** (*The american Journal of the medical Sciences*, t. **190**, n° 3, Septembre 1935, p. 308-317). — Chez une fillette de 9 ans, à la suite d'un coup sur la malléole externe, apparurent 20 jours plus tard une ecchymose, une fièvre élevée, de vives douleurs dans les deux jambes et des signes généraux graves, évoquant une septicémie, mais toutes les hémocultures restèrent négatives. Il existait une anémie de type chlorotique. 15 jours après l'entrée de la malade, la peau s'ulcéra, en même temps que l'état général s'aggravait encore. Enfin se montrèrent des convulsions, suivies de rigidité et bientôt de coma mortel, sans que le liquide céphalo-rachidien présentât d'altérations.

A l'autopsie, on trouva des lésions disséminées au niveau des petites artères et des artérioles, prédominant dans les reins, le foie et la rate, caractérisées par la destruction de la média avec hyalinisation, par l'infiltration de l'adventice par des cellules épithélioïdes et des cellules rondes, avec de place en place des cellules géantes de Langhans, par la formation d'anévrysmes et de thromboses. Il s'agissait donc de périartérite noueuse, terme auquel K., B. et L. préfèrent celui de panartérite nécrosante. De plus, il existait une ulcération perforante du duodénum avec péritonite et, fait non encore signalé, une leptoméningite ; la pie-mère était congestionnée avec présence de liquide sous-arachnoïdien opalescent en quantité augmentée ; microscopiquement, il y avait de l'œdème de la pie-mère et de l'infiltration par des lymphocytes et des cellules plasmatiques ; les artères méningées présentaient de la dégénérescence et de la nécrose de la média. On notait des lésions des cellules ganglionnaires du cerveau. Du côté du pied, on retrouvait des lésions artérielles analogues ; des ulcérations cutanées de ce genre ont été signalées par Debré et par Hutinel et Coste. Il existait diverses altérations oculaires : ulcère de la cornée, iridocyclite et choroïdite, épisclérite, accompagnées de lésions vasculaires similaires.

K., R. et L. soulignent le peu d'importance des symptômes viscéraux, eu égard à la multiplicité des altérations anatomiques, surtout au niveau des reins.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

A. F. Hartmann. ***Traitement de l'acidose diabétique grave*** (*Archives of internal Medicine*, t. **56**, n° 3, Septembre 1935, p. 413-435). — A l'hôpital des enfants de Saint-Louis H. a traité 86 patients, dont le plus jeune avait 8 mois et le plus âgé 15 ans, tous atteints d'acidose diabétique grave. Un premier groupe de malades reçut de l'insuline et de la solution de glycose ou du liquide de Ringer, mais pas d'alcalins ; un second groupe reçut, de plus, du bicarbonate de soude; chez les malades du troisième groupe, on sustitua le lactate de sodium racémique au bicarbonate de soude.

De ces essais comparatifs H. conclut que la méthode la plus efficace consiste dans l'emploi des alcalins (bicarbonate de soude, lactate de sodium racémique) associés à l'insuline, au liquide de Ringer et à la solution de glycose. Quand on utilise le lactate de sodium au lieu de bicarbonate, on peut omettre la solution de glycose.

Voici la méthode de traitement que recommande H. :

1° Administration parentérale immédiate (la moitié dans les veines, l'autre moitié sous la peau et dans le péritoine) de 60 cmc de solution de lactate de soude racémique 1/6 molaire par kilogramme de poids.

2° Administration immédiate de 2 unités d'insuline par kilogramme.

3° Administration de 40 cmc de liquide de Ringer par kilogramme aussitôt que possible après l'injection de lactate de sodium.

4° Administration d'insuline 6 heures après la première dose, à raison d'une demi-unité par kilogramme.

5° Transfusion de sang ou de plasma citraté (20 cmc par kilogramme), s'il se produit de l'œdème par hypoprotéinémie.

P.-L. Marie.

C. A. Aring et **H. H. Merritt.** ***Diagnostic différentiel entre l'hémorragie cérébrale et la thrombose cérébrale*** (*Archives of internal Medicine*, t. **56**, n° 3, Septembre 1935, p. 435-457). — A. et M. pensent que l'on peut presque toujours arriver à faire pendant la vie le diagnostic entre l'hémorragie et la thrombose cérébrales, en se basant sur l'histoire du début et la progression des symptômes, joints aux résultats de l'exploration clinique et neurologique et aux examens du liquide céphalo-rachidien.

Ils ont fondé leur étude sur 145 observations anatomo-cliniques. Ils ont laissé de côté l'embolie cérébrale, d'un diagnostic le plus souvent facile.

L'âge moyen des patients atteints d'hémorragie est un peu moins avancé que celui des cas de thrombose. Les accidents vasculaires cérébraux sont rares avant 40 ans, mais l'hémorragie se présente plus fréquemment que la thrombose de 40 à 50 ans.

Les symptômes initiaux ont une valeur considérable pour le diagnostic. L'apparition d'une céphalée soudaine et intense ou un vomissement est très en faveur d'une hémorragie. Les convulsions sont plus fréquentes dans l'hémorragie. Quand elles existent dans la thrombose, celle-ci est habituellement associée à la syphilis ou à une lésion du cortex moteur. Le début par une perte de connaissance immédiate est plus fréquent dans l'hémorragie. Les signes de progression de la lésion vasculaire cérébrale, après le début, plaident en faveur d'une hémorragie. Les anomalies du rythme et de la profondeur de la respiration se rencontrent plus souvent dans l'hémorragie. La pression artérielle se montra un peu plus élevée dans les cas d'hémorragie: mais une hémorragie ou une thrombose ne sont pas rares chez des sujets à pression normale. L'artériosclérose, recherchée au niveau des vaisseaux périphériques ou des vaisseaux rétiniens, se voit plus souvent et est plus marquée dans le cas de thrombose. On note plus souvent des anomalies oculaires dans l'hémorragie: déviation conjuguée de la tête et des yeux, dilatation unilatérale des pupilles, perte totale du réflexe pupillaire à la lumière. La raideur de la nuque indique d'ordinaire une hémorragie.

Le taux initial des leucocytes du sang est souvent très élevé dans l'hémorragie sans complications. Les résultats de la ponction lombaire sont fréquemment précieux pour le diagnostic: la tension était augmentée dans 57 pour 100 des cas d'hémorragie, et dans 22 pour 100 seulement des cas de thrombose; une pression supérieure à 300 mm. est rare dans la thrombose et on n'y trouve pas de pression dépassant 400 mm. Un liquide macroscopiquement sanglant se rencontra dans 74 pour 100 des hémorragies, mais très exceptionnellement dans la thrombose.

La période de survie est d'ordinaire plus courte dans la thrombose. Dans la moitié des cas, les patients atteints d'hémorragie succombèrent dans les 6 jours suivant l'hémorragie alors que 28 p. 100 des sujets atteints de thrombose moururent dans ce délai.

P.-L. Marie.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
(Bologne)

F. Schiassi. ***La variété achlorhydrique du syndrome de Banti (anémie hypochrome essentielle splénomégalique)*** [*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **15**, n° 1, Juillet 1935, p. 1-33]. — S. rapporte 5 observations de variété achlorhydrique de syndrome de Banti ; le signe dominant était une anémie de longue durée ne présentant en l'absence de traitement que des améliorations transitoires et peu importantes, anémie hypochrome avec microcytose; la teneur du suc gastrique en acide chlorhydrique était diminuée dans un cas et nulle dans les autres, même plusieurs mois après la guérison de l'anémie; le métabolisme de l'hémoglobine était anormal avec une hyperbilirubinémie exclusivement indirecte et une augmentation inconstante de la stercobiline et de l'urobiline; la résistance globulaire était augmentée en général; la rate était grosse, ainsi que dans 4 cas le foie ; deux sujets jeunes présentaient une microsomie et l'un d'eux un infantilisme.

Le caractère fondamental de l'affection est sa guérison rapide par le fer inorganique à doses élevées (3 à 6 gr. de fer réduit par jour) ; mais la guérison complète et définitive n'a été obtenue que chez le malade infantile qui a été splénectomisé : à noter que deux ans après l'intervention, les caractères sexuels secondaires, la fonction sexuelle et le développement somatique pouvaient être considérés comme normaux.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

G. Momigliano Levi et **A. Bairati.** ***Conséquences immédiates et lointaines de la splénectomie sur les courbes érythrocytométrique, réticulocytométrique et de résistance osmotique des hématies dans les cas d'ictère hémolytique constitutionnel*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **59**, n° 5, Mai 1935, p. 717-740). — Après splénectomie dans l'ictère hémolytique constitutionnel, le retour à la normale de la résistance osmotique se fait plus lentement que celui du diamètre des hématies ; le diamètre peut être redevenu normal, alors que le pourcentage des hématies groupées par résistance osmotique égale est encore modifié. Les hématies sphériques de l'ictère hémolytique ne sont pas des hématies formées normalement par la moelle osseuse puis modifiées ; l'hyperhémolyse met en évidence une aptitude en puissance de la moelle à former des globules anormaux; la splénectomie supprime temporairement ou définitivement cette aptitude.

Lucien Rouquès.

F. Marcolongo. ***Valeur de l'épreuve de l' « urea clearance » en clinique.*** 1er *mémoire :* ***affections rénales*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **60**, n° 2, Août 1935, p. 337-372). — Dans l'épreuve de l' « urea clearance » ou dépuration uréique de Möller, Mac Intosh et Van Slyke, on envisage le nombre de centimètres cubes de sang qui est débarrassé complètement de son urée par l'élimination urinaire dans l'unité de temps ; ce nombre est donné par 2 formules, suivant que la diurèse est supérieure ou inférieure à l' « augmentation limite » des mêmes auteurs qui varie de 1,7 à 2,5 cmc par minute, soit 2 l. 500 à 3 l. 600 par 24 heures; dans le 1er cas, la Cm ou « maximum blood urea clearance » est donnée par le rapport du produit: concentration uréique urinaire en milligrammes p. 100 × volume urinaire en centimètres cubes par minute à la con-

centration uréique du sang en milligrammes pour 100 ; dans le second cas, la Cs ou « standard blood urea clearance » est égale au rapport du produit : concentration uréique urinaire en milligrammes pour 100 × racine carrée du volume urinaire en centimètres cubes par minute à la concentration uréique du sang en milligrammes pour 100. Normalement Cm = 75 centicubes et varie entre 85 et 131 pour 100 de ce chiffre, Cs = 54,5 centicubes et varie entre 76 et 125 pour 100 de ce chiffre.

Au cours des glomérulo-néphrites aiguës diffuses, Cs est normale dans les cas légers ainsi que les autres épreuves fonctionnelles ; Cs est abaissée soit au début, soit au cours de l'évolution des autres cas ; lorsque Cs est inférieure à 70 p. 100, les autres épreuves fournissent toujours des réponses anormales ; lorsque Cs est revenue à la valeur physiologique, les réponses sont normales ou légèrement modifiées ; avec une Cs inférieure à 40 pour 100, il y a toujours des modifications de l'uricémie et de l'azotémie. Du point de vue du pronostic, Cs donne de meilleurs renseignements que les épreuves de concentration, et de dilution, la constante, la phénolphtaléine et la sédimentation globulaire.

Dans les autres affections rénales bilatérales aiguës ou subaiguës, la diminution extrême de Cs (au-dessous de 5 pour 100) exprime bien, lorsqu'il y a une oligurie considérable, la gravité de la situation, même lorsque l'azotémie n'est pas encore très élevée.

Dans les néphrites chroniques et les néphroscléroses, Cs baisse peu à peu lorsque l'état s'aggrave ; lorsqu'il n'y a pas de signes urémiques, Cs n'atteint presque jamais 20 pour 100 et lorsqu'il y en a, elle est inférieure à 10 pour 100 ; dans l'ensemble, l'urée, l'acide urique, l'indicanémie, la constante, la réserve alcaline évoluent dans le même sens que Cs, mais il n'y a pas un parallélisme rigoureux ni constant.

Dans les affections unilatérales du rein (calculs, pyélite, tumeur, hydronéphrose, etc...), Cs est très utile et montre l'existence et le degré de l'insuffisance rénale.

LUCIEN ROUQUÈS.

F. Marcolongo. ***Valeur de l'épreuve de l'« urea clearance » en clinique.*** *2e mémoire :* ***Affections extra-rénales, conclusions générales*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **60**, n° 2, Août 1935, p. 373-398). — Dans l'hypertension artérielle primitive, Cs ou Cm suivant les cas (voir l'analyse précédente) sont presque toujours normales ; lorsqu'elles sont diminuées, la constante est en général augmentée, mais il peut y avoir une augmentation nette de la constante sans modification de la dépuration uréique, cela sans doute parce que l'oligurie due à une légère faiblesse circulatoire peut modifier la constante alors qu'elle n'agit pas sur la dépuration uréique.

Dans les cirrhoses, la syphilis hépatique chronique, la lithiase sans insuffisance hépatique, Cs est le plus souvent normale ou augmentée ; dans les hépatites aiguës, Cs est en général diminuée ; la constante donne des résultats qui concordent dans l'ensemble avec ceux de la Cs.

Dans les cardiopathies, une diminution légère de Cs est très fréquente ; elle est habituellement sous la dépendance des mauvaises conditions circulatoires et disparaît dans la règle avec l'amélioration de l'insuffisance cardiaque.

Dans les maladies infectieuses aiguës, Cs (ou plus rarement Cm) est souvent normale ou augmentée ; elle n'est abaissée qu'à l'approche de la mort et à un faible degré, ne tombant pas au-dessous de 50 pour 100.

D'une manière générale, on peut dire que dans les affections rénales comme dans les affections extra-rénales, l'épreuve de la dépuration uréique se montre utile, qu'on l'envisage en elle-même ou en la comparant aux autres épreuves fonctionnelles ; c'est au cours de l'évolution des néphrites chroniques que sa supériorité apparaît le mieux.

LUCIEN ROUQUÈS.

RIVISTA DI PATOLOGIA E CLINICA DELLA TUBERCULOSI (Bologne)

G. Faldella. ***Questions d'actualité sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les diverses variétés de thoracoplastie*** (*Rivista di patologia e clinica della tuberculosi*, t. **9**, n° 7, 31 Juillet 1935, p. 524-548). — Après un voyage d'études dans les sanatoria italiens et étrangers, F. s'efforce de dégager les conceptions actuelles sur les indications et la technique de la thoracoplastie. Les méthodes de Brauer et Sauerbruch avaient une tendance commune : enlever peu de la première côte et réséquer les onze autres; les techniques précises qui facilitent la résection quasi complète des 2 premières côtes et éventuellement des suivantes ont conduit à l'emploi des thoracoplasties partielles donnant un collapsus électif ; le principe actuel est de proportionner la résection tant au point de vue du nombre des côtes que de l'étendue au siège et à l'étendue des cavités et à l'état général du patient ; tous les types de thoracoplastie sont donc possibles, depuis la thoracoplastie de l'apex jusqu'à la thoracoplastie totale ; le type le plus employé est la résection des 5 à 9 premières côtes avec ablation large de la première ; il n'y a plus de règle fixe pour opérer en 1 ou 2 temps : on fait une 1re opération qu'on complète ou non suivant les résultats, à une ou plusieurs reprises ; la phrénicectomie préalable est dans beaucoup de cas inutile ; la pneumolyse avec plombage à la paraffine a perdu beaucoup d'intérêt depuis la création des thoracoplasties partielles.

L'indication de la thoracoplastie doit être posée précocement ; on doit l'employer lorsque le pneumothorax et la phrénicectomie ne peuvent pas être faits ou sont inefficaces ou dangereux, et quand l'état général et local le permet ; les contre-indications deviennent moins fréquentes car l'intervention est devenue plus bénigne et car, même lorsqu'il y a une lésion excavée de l'autre côté, les résultats peuvent être bons. Le malade ne doit pas souffrir pendant l'opération et celle-ci ne doit pas entraîner une déformation inesthétique ; la thoracoplastie doit être faite au début et non à la fin de la cure sanatoriale. F. estime qu'actuellement, 10 pour 100 et peut-être plus des malades en traitement dans les sanatoria sont justiciables d'une thoracoplastie.

LUCIEN ROUQUÈS.

TUMORI (Rome)

G. Lucarelli. ***Recherches expérimentales sur l'action des rayons X sur les appareils respiratoire et circulatoire*** (*Tumori*, t. **21**, n° 2, Mars-Avril 1935, p. 85-105). — La radiothérapie des cancers du sein est préconisée par beaucoup d'auteurs, mais il convient de rechercher si les rayons n'ont pas une action défavorable sur les poumons et sur le cœur. L. a soumis des chiens et des lapins à des irradiations faites dans les mêmes conditions, aux mêmes doses (tension de 180 kilovolts, filtre de 0,5 mm. de cuivre et 3 mm. d'aluminium, une demie H.E.D. par irradiation) et au même rythme que chez les malades atteints de cancer du sein ou du poumon. Les altérations pulmonaires sont assez légères chez les chiens et notables chez les lapins : troubles circulatoires importants, œdème, zones d'atélectasie et, après traitement prolongé, prolifération du tissu conjonctif interstitiel. Les altérations cardiaques sont faibles; elles n'apparaissent qu'après de multiples irradiations et consistent en une légère dégénération trouble du myocarde.

LUCIEN ROUQUÈS.

POLSKA GAZETA LEKARSKA (Lwow)

T. Kielanowski. ***Hétéro-allergie hémorragique ou phénomène de Shwartzman. Essai d'interprétation immunologique du phénomène et sa signification en pathologie*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **14**, n° 17, 28 Avril 1935, p. 309-312). — Le phénomène de Shwartzman peut être provoqué à l'aide des filtrats stériles de culture de bouillon des bacilles typhiques, paratyphiques, dysentériques, du colibacille de septicémie hémorragique, du méningocoque, du gonocoque, du bacille de la grippe, de la coqueluche, du vibrion cholérique et du leptothrix.

Les filtrats de chacune de ces variétés microbiennes donnent un antigène spécifique dont le principe actif n'est ni une endo- ni une exotoxine, mais une toxine inconnue qu'on peut désigner par le terme d'idiotoxine. Le phénomène de Shwartzman n'est pas spécifique. Il s'agit là d'une para-allergie d'idiotoxine hyperergique.

La réaction hémorragique de Shwartzman présente une grande analogie avec l'anaphylaxie et le phénomène d'Arthus ; elle en diffère par sa non-spécificité et par l'impossibilité d'être provoquée par des substances albuminoïdes ou de provenance non bactérienne. Par contre, par rapport au phénomène de Sanarelli, il ne s'agit que d'une différence de degrés.

Les suffusions hémorragiques sont dues à l'afflux de sang contenant de l'antigène aux points où se sont produits des anticorps. La gêne circulatoire locale entraîne la rupture des capillaires.

En raison du caractère non spécifique de la réaction de Shwartzman et de la banalité du micro-organisme en cause, il est possible qu'elle se produise spontanément, particulièrement au cours des maladies infectieuses, des dyscrasies hémorragiques et des phlébites.

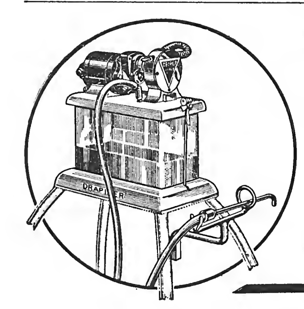
FRIBOURG-BLANC.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

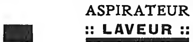
T. Engeström (Stockholm). ***Contribution à l'étude de l'acidité du suc gastrique et de la sécrétion de dilution de l'estomac*** (*Acta medica Scandinavica*, suppl. **66**, 1935, 75 p.). — Pour Heidenhain l'acide chlorhydrique du suc gastrique était sécrété à une concentration élevée et constante; les variations de l'acidité résultaient de la neutralisation par le mucus. Au contraire, Rosemann, en 1907, soutint la théorie de l'acidité chlorhydrique variable du suc gastrique néoformé, encore présent dans les glandes, et du suc fraîchement sécrété. On chercha alors à connaître les facteurs régularisant l'acidité. En dehors de l'action neutralisante du mucus, on a invoqué une sécrétion de dilution, la régurgitation du suc duodénal alcalin, la résorption de HCl par la muqueuse gastrique, la diffusion des ions H à travers la muqueuse.

E. a repris l'étude de cette régulation; il a cherché, en particulier, à préciser les variations d'acidité du suc fraîchement sécrété et à démontrer l'existence d'une sécrétion de dilution.

Chez des chats anesthésiés à l'uréthane, à cardia ligaturé et à pylore lié sur une sonde introduite par le duodénum, après lavage soigneux de l'estomac, E. y introduit une quantité déterminée de liquide d'épreuve (solution à 0,001 pour 100 de



Un très réel progrès dans l'aspiration chirurgicale



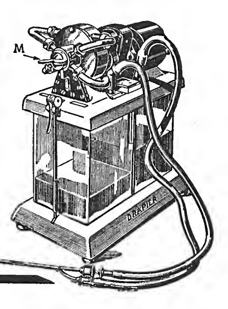
ASPIRATEUR avec support STÉRILISABLE

ASPIRATEUR :: LAVEUR :: du Dr Cadenat

"ASPIROBLOC"

NOTICE A 32 SUR DEMANDE

DRAPIER 41, Rue de Rivoli PARIS



VEGANINE

ANALGESIQUE DE PRESCRIPTION ESSENTIELLEMENT MEDICALE

LE PLUS PUISSANT - LE MOINS TOXIQUE - LE MIEUX TOLÉRÉ

ASSOCIATION médicamenteuse synergique d'acide acétyl-salicylique, de phénacétine et de phosphate de codéine, d'où **action thérapeutique renforcée**

DANS :
Grippe - Névralgies
Névrites - Rhumatismes
Zona - Courbatures fébriles
Migraines - Dysménorrhée
Otites - Sinusites - Douleurs post-opératoires

Littérature et Echantillons sur demande a MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

M. GUÉROULT, Pharmacien

13, Rue Pagès — SURESNES (Seine)

RECALCIFICATION DE L'ORGANISME

TRICALCINE

TUBERCULOSE
FRACTURES_ANÉMIE
SCROFULOSE

ALLAITEMENT
CROISSANCE
GROSSESSE

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21, Rue Chaptal _ Paris . IXe

méthylorange), puis il en extrait une certaine quantité à divers moments, et remplace la quantité enlevée par de nouvelles quantités de solution. On titre HCl et Cl dans les divers échantillons et l'on détermine photométriquement la coloration. La sécrétion gastrique est provoquée par injection intraveineuse d'histamine.

En étudiant ainsi les conditions de la sécrétion aux différentes phases de cette dernière, E. a vu que l'acidité du suc fraîchement sécrété n'a pas d'ordinaire une valeur constante. L'acidité de ce suc semble être fonction de l'intensité de la sécrétion, de la constitution anatomique actuelle des glandes productrices du suc et du mélange d'une sécrétion dépourvue de HCl (régulation intraglandulaire de l'acidité).

On peut constater une hyperacidité véritable, liée vraisemblablement à une compression constante des lumières glandulaires, ce qui entraîne une excrétion extrêmement rapide et constante. Rien ne permet de dire que l'acidité de la sécrétion spécifique néoformée (encore renfermée dans le système glandulaire) n'est ni élevée ni constante. Une partie des phénomènes observés semblent témoigner de l'existence d'une sécrétion de dilution.

En somme, il existerait deux fonctions tout à fait différentes de la muqueuse qui entreraient en jeu dans la sécrétion du suc gastrique: 1° l'activité sécrétoire des cellules; 2° l'activité excrétrice des glandes. La vitesse de sécrétion dépendrait en partie de la vitesse avec laquelle la sécrétion est élaborée par les glandes, en partie des modifications anatomiques des canalicules glandulaires et des tissus environnants (contraction des canalicules). Ceux-ci serviraient de dépôt au suc gastrique et ces dépôts, lors de l'excitation de la muqueuse, seraient expulsés (sécrétion d'expulsion ou sécrétion passive qui n'entraîne pas nécessairement une néoformation de suc gastrique). La sécrétion emmagasinée dans le système glandulaire (sécrétion de dilution) est de volume variable ; sa quantité diminuerait quand la muqueuse est gonflée (gastrite, hyperacidité).

La teneur en chlorures du suc gastrique peut varier. Lors de la sécrétion passive, le taux des chlorures est d'ordinaire notablement plus bas qu'autrement.

On ne peut établir de parallélisme entre le taux d'histamine dans le sang et l'intensité de la sécrétion.

P.-L. Marie.

A. Jervell. *Constatations électrocardiographiques dans l'infarctus du myocarde* (*Acta medica Scandinavica*. Suppl. 68, 1935, 267 p.). — J. a exploré électrocardiographiquement 66 malades chez lesquels le diagnostic clinique d'infarctus du myocarde avait été fait. En dehors des trois dérivations classiques, il a employé encore une dérivation thoracique (dérivation IV), où l'électrode antérieure est placée sur la pointe du cœur et la postérieure sur l'angle de l'omoplate gauche.

Des arythmies se montrèrent fréquemment, surtout au cours des premières semaines: extrasystolie, fibrillation auriculaire, tachycardie paroxystique auriculaire, dissociation auriculo-ventriculaire, retard de la conduction auriculo-ventriculaire, bloc du sinus.

On nota assez rarement des altérations du complexe auriculaire (hauteur exagérée ou inversion de l'onde P).

Le complexe ventriculaire ne présenta jamais un aspect normal. On nota les altérations suivantes: bloc des branches, bloc d'arborisations, complexes élargis ou encochés, etc.

Des modifications de l'intervalle RS-T, dans le sens d'une déviation du niveau isoélectrique, furent constatées dans les trois quarts des cas. Quand il existait une déviation de RS-T, on la trouva presque toujours dès le premier électrocardiogramme, 2 heures même après le début; le retour de l'intervalle RS-T au niveau isoélectrique normal demanda longtemps (4 jours à 3 mois, et plus encore en dérivation IV). Dans les cas où existait cette déviation, il se produisit ultérieurement, et parfois dès le début de l'infarctus, mais parfois jusqu'à un mois après, une inversion de T, qui s'observa aussi sans déviation de RS-T, et qui disparut en quelques mois ou persista des années. Les anomalies de T appartenaient dans 35 cas au type I de Parkinson et Bedford, dans 21 cas au type III. Du point de vue diagnostic, ce sont les altérations de RS-T et de T qui sont les plus importantes, bien qu'elles ne soient pas pathognomoniques de l'infarctus du myocarde; on les rencontre en particulier dans la péricardite, mais le tableau clinique est alors suffisamment caractéristique pour fixer le diagnostic.

L'absence de déviation de RS-T ou d'inversion de T (un quart des cas) peut être attribuée soit à des troubles concomitants de la conduction intraventriculaire, soit à un enregistrement défectueux (défaut d'exploration en dérivation IV), soit à une localisation de l'infarctus dans une zone muette du myocarde.

Du point de vue diagnostic, la dérivation IV a une très grande importance, et elle est indispensable dans bien des cas. Les anomalies de T appartenant au type I, difficiles souvent à trouver dans les autres dérivations, sont en général très prononcées en dérivation IV.

Quant à la valeur diagnostique des modifications du complexe QRS et de l'onde P, leurs variations au cours de l'évolution ont plus d'importance que leur présence sur un unique électrocardiogramme.

Du point de vue pronostic, le bloc d'arborisations a une signification très fâcheuse; autrement, les constatations électrocardiographiques n'ont qu'une faible valeur pronostique.

J. a pu confronter les constatations électrocardiographiques et celles de l'autopsie dans 26 cas. Il distingue 3 types d'infarctus selon leur localisation: antérieur, postérieur et latéral, le ventricule gauche étant presque toujours seul atteint. L'infarctus latéral (oblitération du rameau circonflexe de la coronaire gauche) est le plus rare (2 cas) et J. ne l'a pas rencontré à l'état isolé. Comme Barnes et Whitten, J. a trouvé presque toujours des modifications du type I de Parkinson dans l'infarctus antérieur, rarement du type I et du type III, parfois un bloc d'arborisations. Dans tous les infarctus postérieurs, il existait des modifications du type III. Il faut admettre maintenant qu'une déviation vers le haut de RS-T en dérivation I et l'inversion de T du type I a lieu quand l'infarctus est localisé dans la paroi antérieure du ventricule gauche et la portion antérieure du septum. D'autre part, une déviation de RS-T vers le haut en dérivation III et l'apparition d'une inversion de T du type III témoignent d'un infarctus des portions basales postérieures du ventricule gauche et du septum. Les parties antérieures et postérieures du ventricule gauche et du septum semblent donc exercer une influence directement contraire sur l'électrocardiogramme. Ceci explique pourquoi la déviation RS-T et la production d'une onde T inversée en dérivation I sont généralement peu nettes ou absentes dans l'infarctus antérieur; en effet, dans ce type d'infarctus, une partie de la paroi postérieure est d'ordinaire touchée. Une déviation de RS-T vers le haut et la production d'une inversion de T en dérivation IV doivent être considérées comme conséquence d'un infarctus de la pointe, en rapport avec un infarctus tant antérieur que postérieur; mais, comme la région apexienne n'est le plus souvent atteinte que dans l'infarctus antérieur, il va de soi que les modifications caractéristiques en dérivation IV revêtent de préférence le type I d'inversion de T.

P.-L. Marie.

Ch. Giertsen (Bergen). ***A propos de la syphilis aortique*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 86, n° 1, 28 Septembre 1935, p. 22-40). — Parmi 4.000 hommes traités dans le service de médecine de l'hôpital de Bergen, on a pu déceler la syphilis chez 10,44 pour 100 des sujets, et parmi un nombre sensiblement égal de femmes, chez 3,40 pour 100. Chez la moitié environ de ces 562 patients infectés de syphilis, cette infection fut trouvée fortuitement. Parmi ces 562 malades atteints de syphilis, 230 ne présentaient pas de symptômes cliniques de syphilis, tandis que 332 en présentaient.

Chez 283 de ces 332 malades, G. a constaté une aortite syphilitique ou une syphilis du système nerveux central. Il y avait concomitance de l'atteinte vasculaire et de l'atteinte nerveuse dans 49 de ces 283 cas. Toutefois, en règle générale, la maladie évolue différemment dans les deux domaines. Les cas de syphilis aortique rencontrés chez les patients ayant une syphilis cérébro-spinale complètement développée cliniquement ont d'ordinaire une évolution bénigne ou demeurent stationnaires.

On note parfois des douleurs dans le thorax jusqu'à 4 et 6 ans avant que les malades n'éprouvent de la dyspnée d'effort. Elles peuvent survenir à une époque où les examens cliniques et radiologiques ordinaires se montrent complètement négatifs. L'asthme cardiaque domine souvent le tableau clinique et il est en général un signe de très mauvais augure.

L'examen radiologique possède une grande valeur pour le diagnostic de l'aortite syphilitique. Toutefois les dimensions du ventricule gauche, la pression artérielle et l'âge du malade doivent toujours être pris en considération.

L'anévrysme de l'aorte ascendante et de la crosse est pratiquement toujours dû à la syphilis. Dans 17 des 33 cas d'anévrysmes observés, il existait en même temps une insuffisance aortique.

Mais la pire complication de l'aortite syphilitique est la sténose très fréquente de l'embouchure des artères coronaires, qui entrave la circulation coronarienne, ce qui cause des lésions non spécifiques du myocarde et une insuffisance du ventricule gauche, même dans les cas où il n'y a ni anévrysme ni insuffisance aortique.

En pratique, il faut toujours compter avec l'existence d'une syphilis aortique chez les malades ayant dépassé 50 ans, présentant un Wassermann positif et des symptômes cardio-vasculaires.

Bien des cas d'aortite syphilitique évoluent probablement de façon cliniquement latente pendant des années. Si l'affection est découverte par hasard, il faut tenir compte du fait que le traitement spécifique de l'aortite non compliquée est capable parfois de modifier l'évolution du processus syphilitique de telle sorte que l'apparition des complications est retardée ou empêchée. Le traitement est loin d'être toujours bien supporté; la tolérance est fonction de l'état du myocarde qu'il faut toujours préciser avec soin avant le traitement, même s'il n'y a ni anévrysme ni insuffisance aortique.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

LE CONCOURS MÉDICAL
(Paris)

Ph. Dally. ***Du nouveau sur le dinitrophénol*** (*Le Concours médical*, t. **57**, n° 50, 15 Décembre 1935, p. 3491-3494). — La propriété particulière des phénols nitrés en positions ortho et para est d'activer les combustions et de provoquer l'élévation du métabolisme général, qui atteint, suivant la dose, + 30 pour 100 à + 50 pour 100. La perte de poids consécutive a fait prôner le dinitrophénol comme une drogue capable de conserver la « ligne » sans régimes gênants et sans exercices fastidieux. Sous l'influence du dinitrophénol, la tension artérielle est quelquefois un peu abaissée, mais il n'y a en général aucune action sur le cœur ou la dynamique circulatoire.

Certains sujets présentent une susceptibilité individuelle au médicament qui se traduit par de l'urticaire, des éruptions eczématoïdes. Dans quelques cas, il y a eu coloration de la peau et des urines. On a signalé des périnévrites, qui se traduisent surtout par des paresthésies et ne s'accompagnent pas de troubles moteurs ou trophiques.

On a signalé 5 à 6 cas d'agranulocytose dinitrophénolique qui se sont tous terminés par la guérison rapide. Il semble s'agir là également de susceptibilité individuelle, car on a pu administrer des doses considérables pendant longtemps sans accident. Dans trois Etats de l'U. S. A., on a observé une série de cas de cataracte, alors que partout ailleurs, cette complication n'a jamais été signalée. On peut supposer une action toxique d'une impureté du dinitrophénol, vraisemblablement le dinitronaphtol.

Les trois cas de mort publiés aux Etats-Unis se rapportent à deux suicides avec des doses considérables, le troisième est d'étiologie douteuse.

Il est bien évident que dans la plupart des cas, l'obésité ne mérite pas les risques d'un traitement dangereux; cependant, l'obésité reste la grande indication du dinitrophénol, particulièrement l'obésité avec hypertension. Chez 13 obèses albuminuriques, Tainter et Cutting ont vu diminuer dans la plupart des cas l'albuminurie. La cure dinitrée reste, bien entendu, contre-indiquée en présence d'imperméabilité rénale grave et dans le diabète. On a encore conseillé ce médicament dans les gastro-névroses avec anorexie, dans les états dépressifs et anxieux et en chirurgie, pour la cicatrisation des plaies.

Il faut exercer une surveillance attentive au cours de l'administration du médicament, diminuer un peu les doses si le malade présente des sueurs profuses ou de petits signes d'intolérance. Mais il faut surtout répéter que le dinitrophénol doit rester un produit de prescription uniquement médicale.

ROBERT CLÉMENT.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

P. Mauriac, L. Servantie et **P. Broustet.** ***La lactacidémie chez les cardiaques*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **108**, n° 99, 11 Décembre 1935, p. 1683-1690). — La technique du dosage de l'acide lactique du sang est délicate. Celle employée ici est celle au vératrol de Mendel et Goldscheider, qui donne en moyenne 14 centigr. par litre, chez un sujet normal. Pour étudier les modifications de l'acide lactique du sang au cours des troubles circulatoires, il faut pratiquer des dosages à jeun et au repos complet (lactacidémie de base), puis, une heure après, après une demi-heure de marche.

De nombreuses recherches pratiquées au cours de diverses affections cardiaques compensées ou décompensées permettent de conclure que l'hyperlactacidémie des cardiaques n'est pas douteuse.

Son explication est malaisée; elle est sans doute un témoin du trouble du métabolisme cellulaire dû à la stase sanguine. Cette explication vague est peut-être incomplète et l'on peut se demander si le muscle cardiaque malade ne peut pas directement conduire à la formation exagérée d'acide lactique.

Le dosage de l'acide lactique du sang n'est pas actuellement un moyen pratique d'apprécier l'insuffisance ventriculaire, mais il a l'intérêt d'ouvrir des horizons sur les échanges métaboliques des cardiaques.

ROBERT CLÉMENT.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD
(Lille)

L. Christiaens et **G. Guillon.** ***La tuberculose conjugale (A propos d'une enquête personnelle)*** [*L'Echo médical du Nord*, t. **4**, n° 49, 8 Décembre 1935, p. 921-936]. — C. et G. ont fait une enquête sur 340 ménages suivis par le dispensaire Emile-Roux, de Lille, presque tous ouvriers travaillant dans le textile ou les usines métallurgiques; quelques cas ont été pris dans une classe sociale plus élevée. La cohabitation n'a jamais été inférieure à 18 mois et a atteint parfois 12 ans. Ces sujets étaient à tous les stades de la tuberculose, depuis la simple infiltration des sommets jusqu'à la cachexie terminale. Dans tous les cas, la preuve de la tuberculose a été faite radiologiquement et bactériologiquement.

Sur ces 340 familles, 217 fois, le mari était seul atteint, 123 fois, la femme seule ; 47 fois, les deux simultanément, soit une proportion de 13,52 pour 100, 9 cas étaient suspects. 112 familles n'avaient pas d'enfants; dans les 218 autres, la proportion de contamination infantile a été de 31,76 pour 100.

Dans les 47 cas où les deux conjoints présentaient des lésions tuberculeuses, 34 fois, le mari avait débuté, 13 fois, la femme avait été la première atteinte; 24 fois, on a trouvé, chez le second conjoint, des antécédents héréditaires ou collatéraux tuberculeux; « on pouvait donc invoquer dans ces cas, pour expliquer la bacillose, l'hérédité autant que la contagion ». Sur les 23 familles restantes, 12 fois, on a pu retrouver des manifestations tuberculeuses avant le mariage. C. et G., après avoir éliminé ces divers cas, en arrivent à conclure que la contagion peut être envisagée de façon certaine dans 0,58 pour 100 des observations seulement, son contrôle serait possible chez près de 7 pour 100 des tuberculoses conjugales.

La possibilité de la contagion familiale n'autorise pas l'abandon des mesures prophylactiques antituberculeuses chez l'adulte. Cependant, en observant les précautions d'usage, la faible importance de la contagion conjugale permet de garder aux tuberculeux une place dans la famille et la société.

ROBERT CLÉMENT.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

R. de Grailly, P. Dervillée, Mandillon et **Caris.** ***L'évolution de la doctrine des cholagogues*** (suite) [*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **55**, n° 48, 1er Décembre 1935, p. 761-766]. — Ce troisième article est consacré à une comparaison entre les résultats expérimentaux et les données fournies chez l'homme par les méthodes inoffensives d'exploration fonctionnelle, quant à l'action des divers cholagogues. On a pu apprécier l'efficacité et le mode d'action de diverses substances, dont le pouvoir cholagogue avait été démontré expérimentalement, en les instillant par tubage duodénal et en explorant, par la même méthode, la sécrétion et l'excrétion biliaires, tout en contrôlant le mode d'évacuation de la vésicule et sa mise en tension grâce à des radiographies prises après avoir rendu la vésicule biliaire visible, grâce au tétraïode.

On a étudié ainsi l'huile d'olives, l'huile de ricin, l'huile d'arachide, l'huile de paraffine, des solutions magnésiennes, etc...

Ces recherches ont permis de conclure que les corps gras étudiés (huiles) excitent à la fois la sécrétion et l'excrétion biliaires, grâce à leur constitution chimique ; les corps huileux, mais non corps gras, comme l'huile de paraffine, dont la constitution chimique est très diffrente, n'ont aucune action sur les fonctions de sécrétion et d'excrétion biliaires.

Les solutions magnésiennes ont seulement une action excito-sécrétoire sur la bile.

Sous l'influence du boldo, la vésicule ne subit aucune modification ; cette substance ne semble pas avoir d'action ni sur la vésicule, ni sur le sphincter d'Oddi. L'étude radiologique de la vésicule ne permet pas de juger son action cholérétique.

Seule, la comparaison des résultats expérimentaux et cliniques permet de classer les cholagogues en cholagogue global (agissant à la fois sur la sécrétion et l'excrétion biliaires) ou partiel ne (provoquant que l'une ou l'autre).

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

L. Langeron. ***Crises d'asthme chez une syphilitique avec réaction méningée; influence favorable du traitement spécifique; asthme et syphilis ; l'asthme : crise viscérale pulmonaire*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, t. **53**, n° 49, 8 Décembre 1935, p. 577-588). — Chez une femme de 38 ans, les crises d'asthme ont débuté à 32 ans. Cette femme avait un Bordet-Wassermann positif dans le sang. Un traitement par l'extrait parathyroïdien n'amena qu'une amélioration passagère; une injection intra-veineuse d'hyposulfite de soude provoqua un choc intense à la suite duquel les crises disparurent. Celles-ci ayant fait leur réapparition un mois plus tard, la malade fut traitée par du mercure, du bismuth et du 914; une injection de ce dernier détermina une crise nitritoïde intense qui a nécessité une injection intra-veineuse d'adrénaline. Le traitement fut

poursuivi par le mercure et le bismuth. Les crises d'asthme ont disparu.

L., à propos de cette observation, passe en revue les cas d'asthme et de syphilis concomitants, ceux où l'épreuve thérapeutique a paru efficace et le rôle possible de la syphilis parmi les causes de l'asthme.

Lorsqu'il y a lieu de supposer que l'asthme est lié à la syphilis, le traitement anti-syphilitique est indiqué et peut donner des résultats intéressants, mais chez les asthmatiques, il vaut mieux s'abstenir d'injections intra-veineuses susceptibles de déclencher des phénomènes de choc.

Robert Clément.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

P. Remlinger. ***La rage dite de laboratoire*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, Numéro commémoratif sur la rage, 25 Octobre 1935, p. 35-68). — On entend sous le nom de rage de laboratoire la rage déterminée chez l'homme, non par le virus de l'animal (virus de rue), mais par le vaccin employé à titre préventif (virus fixe). Mais la question est très complexe et si l'existence de la rage de laboratoire ne fait aucun doute, il est parfois très difficile de dire si la mort d'un sujet est due au virus inoculé, à celui introduit par la morsure ou à toute autre cause.

Si on limite le sujet aux accidents paralytiques suivis de mort avec inoculation positive du bulbe au lapin, on ne trouve dans la littérature qu'une trentaine d'observations. Aucun des 6 faits produits par Peter ne doit être retenu.

La symptomatologie de la rage ainsi comprise est complexe ; elle paraticipe à celle de la myélite aiguë ascendante et de la paralysie bulbaire.

L'inoculation du bulbe au lapin, après décès au cours du traitement rabique ou dans les 2 mois qui suivent, doit toujours être pratiquée. Si elle ne permet pas toujours à elle seule de distinguer le virus fixe de certains virus de rue (virus renforcés), elle a une réelle valeur, car sauf de rarissismes exceptions, le virus de rue ne se rencontre que dans le cerveau de personnes mortes de rage ou en incubation de maladie.

L'atténuation du virus fixe pour l'homme à la suite de ses passages de lapin à lapin est réelle; elle ne doit pas cependant être exagérée. L'action des passages sur le virus fixe est complexe, irrégulière et s'exerce dans des sens très différents. Dans la genèse de la rage de laboratoire, la méthode de vaccination employée n'est pas tout : la dilacération accidentelle des filets nerveux, au cours de l'injection sous-cutanée, joue certainement un rôle.

A côté des cas de rage paralytique suivie de mort et d'inoculation positive au lapin, on peut observer, à la suite du traitement antirabique, des accidents paralytiques mortels, des myélites aiguës curables, des myélites atténuées. La tendance est grande aujourd'hui d'incriminer le virus fixe dans la production de ces accidents, ce qui élargit beaucoup le cadre de la rage de laboratoire.

Robert Clément.

L. Cruveilhier, S. Nicolau et Mme L. Kopciowska. ***Action du traitement antirabique pastorien envisagé au point de vue expérimental*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, Numéro commémoratif sur la rage, 25 Octobre 1935, p. 200-221). — On a remarqué que certains individus, traités au moyen du vaccin antirabique à la suite d'une morsure par un animal suspect, bénéficiaient d'un relèvement de l'état général allant parfois jusqu'à la correction de certains troubles, notamment la guérison de certaines algies.

Dans le but de vérifier la réalité et le mécanisme de ces faits, C., N. et K. se sont livrés à une série d'expériences sur le lapin.

Chez les lapins en cours de vaccination antityphique, le traitement pastorien par le virus antirabique intensifie l'élaboration des agglutinines antityphiques. Chez les animaux déjà vaccinés depuis un certain temps et dont le taux des agglutinines a déjà baissé, il le relève. L'injection, 7 jours de suite, d'émulsions rabiques fortement centrifugées et, chez les témoins, d'émulsion de cerveau normal centrifugée, montre que l'augmentation des agglutinines est due au virus rabique introduit dans l'organisme.

La vaccination antirabique augmente d'une manière intense le taux des hémolysines dans le sérum des lapins, qu'elle précède ou accompagne l'injection d'hématies de mouton. Chez les animaux témoins à qui on a inoculé des émulsions de moelle normale, l'augmentation des hémolysines est moins marquée.

Les animaux soumis au traitement antirabique acquièrent souvent un embonpoint remarquable et ont paru moins enclins que les animaux normaux à contracter des maladies spontanées.

Chez les lapins vaccinés, l'inoculation intrasciatique d'un virus rabique des rues n'a été mortelle que dans 5 cas sur 9.

Il n'a pas été possible d'isoler un virus rabique fixe chez les lapins ayant subi le traitement antirabique.

Chez les animaux traités par la méthode pastorienne, on trouve des modifications histologiques du système nerveux central et périphérique, surtout au niveau des ganglions spinaux de la région dorso-lombaire, constituées par une mobilisation des éléments de défense dans le système nerveux et par une suractivité des neurones.

Ces modifications histologiques seraient dues au conflit entre le virus vaccin et le tissu sensible et « se traduiraient — en dehors de l'immunité antirabique acquise — par une augmentation du potentiel défensif paraspécifique des humeurs et des tissus de l'organisme entier ».

Robert Clément.

Le SANG (Paris)

Jean Bernard. ***La stérilité des rats soumis aux injections intra-médullaires de goudron*** (*Le Sang*, t. 9, n° 8, 1935, p. 779-789). — Les injections intra-médullaires de goudron semblent pouvoir provoquer à distance des phénomènes pathologiques, sur des organes autres que ceux du système hématopoïétique. Ainsi il se produit chez les rats en expérience une altération des glandes génitales et la stérilité. Mais celle-ci n'est le fait que des femelles ; les mâles restent féconds et les testicules, normaux. Par contre, on trouve une hypoplasie ovarienne chez les femelles. La stérilité est très inconstante quand le goudron est introduit par une autre voie (peau ou viscères). Par contre, les troubles ovariens ne sont déclenchés que par le goudron ou des substances voisines. Les injections intra-médullaires d'autres corps semblent incapables de les provoquer.

En concluant, il faut noter : le rôle exclusif du goudron sur les fonctions ovariennes, l'atteinte élective de l'ovaire avec stérilité de règle, le fait que la stérilité marche de pair avec une hypoplasie médullaire, mais n'est pas en rapport avec la gravité du syndrome érythroleucémique créé. Ces faits sont extrêmement intéressants au point de vue théorique. Ils permettent de soulever l'hypothèse d'une relation entre les agents cancérigènes et les fonctions génitales tout au moins femelles, et en généralisant entre les fonctions génitales et la genèse des cancers. Le rôle spécial de la voie d'introduction intra-médullaire permet de penser qu'il existe peut-être une interdépendance entre les ovaires et la moelle osseuse, et entre l'état de cette dernière et certains troubles ovariens.

A. Escalier.

N. Fiessinger, A. Gajdos et E. Panayotopoulos. ***La traversée sanguine de l'alcool en pathologie hépatique. Action sur le métabolisme de base et la réserve alcaline*** (*Le Sang*, t. 9, n° 9, 1935, p. 901-913). — La méthode de Nicloux permettant un dosage facile de l'alcool dans le sang, l'extrême diffusibilité de ce corps le désignent pour l'étude des variations de traversée des viscères. F., G. et P. ont étudié celle du foie, en établissant la courbe d'alcoolémie après ingestion d'une solution alcoolique chez le sujet normal et chez les hépatiques.

Chez le premier, il se produit une élévation rapide de l'alcool dans le sang, avec acmé en une heure, puis descente rapide et disparition en 3 heures. La réserve alcaline n'est pas modifiée. Le métabolisme basal s'abaisse proportionnellement à l'augmentation de l'alcoolémie. La courbe de deux ictères caatrrhaux bénins s'est montrée semblable à la normale. Chez 8 cirrhoses hépatiques, la courbe a été très aplatie, le maximum est moitié moindre que chez les sujets normaux, la descente est lente et progressive. Ce fait semble s'expliquer surtout par l'existence du barrage hépatique dû à la sclérose et par le ralentissement du passage dans le foie. La réserve alcaline ne change pas. La diminution du métabolisme basal est beaucoup moindre que normalement et parallèle à la diminution de l'alcool en circulation.

A. Escalier.

Ch. Vlados et S. Schukanova. ***Sur la genèse de l'état fébrile chez les malades atteints de leucémie*** (*Le Sang*, t. 9, n° 9, 1935, p. 961-974). — V. et S. ont entrepris d'étudier la fièvre et son mécanisme au cours des leucémies. Ils ont examiné et suivi 68 cas de leucémies subaiguës et aiguës, ou de poussées au cours de leucémies chroniques, toutes affections comportant un élément fébrile important. Ces recherches leur permettent d'éliminer comme origine de la fièvre les infections septiques. Elle doit être rapportée aux troubles des échanges de matières dans l'organisme, probablement à un trouble du métabolisme purique, donc au processus leucémique lui-même. Cette fièvre n'est pas toujours associée aux modifications de la formule des globules blancs du sang. L'infection peut s'y surajouter; elle aurait parfois un effet heureux sur l'état général et la formule blanche qualitative et quantitative.

A. Escalier.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

R. Tislowitz. ***Acide ascorbique et fonctions de la cortico-surrénale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 14, n° 46, 16 Novembre 1935, p. 1641-1646). — Un certain nombre de faits amènent à penser qu'il existe des relations entre l'acide ascorbique et les fonctions de la cortico-surrénale. Pour préciser ce rapport, T. a choisi comme animal d'expérience des chiens auxquels il a administré de l'acide l-ascorbique à la dose moyenne de 10 milligr. par kilogramme. En outre, il a enlevé, à un certain nombre d'entre eux, la surrénale gauche et mesuré, aussi bien chez ceux-ci que chez les témoins, la cholestérine du sang, la réserve alcaline et un certain nombre d'autres donnés. Il a été ainsi constaté que l'acide ascorbique n'a aucun effet sur la teneur en cholestérine du sang ni après ablation d'une surrénale, ni chez les animaux témoins. Par contre, à partir du 3e jour, l'acide ascorbique abaisse le volume du sang pen-

dant un certain nombre de jours au bout desquels, si la thérapeutique est continuée, on constate une légère augmentation. Cet effet n'est pas dû à la méthode (méthode du rouge Congo) et n'est pas troublé par la présence de vitamine.

Le volume du plasma tend également à diminuer. Au contraire, l'extrait de cortico-surrénale aurait pour effet d'augmenter le volume du sang tout au moins après création d'un état d'insuffisance des surrénales. L'acide ascorbique fait diminuer de poids l'animal normal, détermine une légère diurèse, abaisse la température et augmente le tonus vasculaire. Cette augmentation, comme dans la guérison du béribéri, paraît liée à une désimbibition, c'est-à-dire à une augmentation de la pression oncotique. A ce point de vue, l'extrait de cortico-surrénale aurait des effets analogues. Les deux produits agiraient sur un même point, c'est-à-dire sur l'écorce des surrénales. Enfin, l'acide ascorbique détermine un certain degré de fatigue avec ralentissement du rythme du cœur et augmentation de la réserve alcaline. Ces phénomènes, ajoutés à la réduction du volume du sang, à l'augmentation de la diurèse et à l'abaissement de la température, font penser que le tonus du vague s'élève sous l'influence de l'acide ascorbique.

Ces constatations expliquent que l'acide ascorbique n'ait guère d'action dans la maladie d'Addison. Néanmoins, le pouvoir vagotonique de ce médicament est intéressant. Il rappelle les effets de la digitale et on sait que l'administration de vitamine C est pratiquée en Amérique en cas d'infarctus du myocarde.

P.-E. Morhardt.

Hans Glatzel. ***Recherches sur les causes du besoin de sel*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 49, 7 Décembre 1935, p. 1741-1743). — Le sel est vivement combattu par les réformateurs en matière d'alimentation qui considèrent la consommation de ce produit comme un signe de dégénérescence. D'après Bunge, la consommation de chlorure de sodium constituerait une sorte de compensation quand le régime habituel est trop riche en potassium, parce que le potassium occasionnerait des déperditions de sodium. Tel n'est cependant pas le cas. D'après G., un régime riche en potassium n'a qu'une influence très passagère sur l'excrétion de sodium. De plus, le régime, qu'il soit riche en sodium ou en potassium, n'a aucune influence sur l'excrétion de l'ammoniaque, des acides organiques, de l'azote ou de la créatinine.

Par ailleurs, les observations ethnologiques ou historiques, de même que les observations physiologiques et cliniques, montrent qu'il existe des relations étroites entre les échanges d'hydrates de carbone et le chlorure de sodium. G. a donc été amené à étudier les effets du chlorure de sodium sur la digestion des polysaccharides par l'amylase de la salive. Il a été ainsi possible de montrer, en soumettant des mélanges d'amidon diversement salés, à l'action de la salive, que le dédoublement et la production de sucre se fait d'autant plus vite que la proportion de sel se rapproche plus de ce qu'on appelle « salé à point », c'est-à-dire pour une concentration allant de 0,034 à 1,4 pour 100: en deçà et au delà, l'activité de la diastase diminue. Dans ce phénomène, il semble que ce soit surtout Cl qui intervienne comme l'ont montré les recherches comparatives sur des sels de sodium et des chlorures isotoniques divers.

D'autre part, l'ingestion de purée de pommes de terre détermine une sécrétion de salive dont le pouvoir diastasique est beaucoup plus marqué quand le mets ingéré a été salé que quand il ne l'a pas été. Cet effet se fait sentir à partir du moment où les pommes de terre sont arrivées dans l'estomac, par une action réflexe encore inexpliquée.

P.-E. Morhardt.

Theophil Baumann. ***La clinique et la pathogénèse de la maladie de Niemann-Pick*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 49, 7 Décembre 1935, p. 1743-1746). — Il est donné l'observation d'un enfant suivi à la clinique de Wieland, à Bâle. Cet enfant, qui s'était développé assez normalement jusqu'à 13 mois, cessa à partir de ce moment d'évoluer et, au contraire, présenta des signes de régression : perte du rire et de la faculté de s'asseoir, atrophie complète, etc.; en même temps, tous les ganglions lymphatiques augmentèrent de volume et de consistance. A l'examen, la peau présente une teinte gris brunâtre clair; la graisse sous-cutanée est absente; la face est tout à fait immobile; la langue est épaisse et enfin il existe dans le fond de l'œil, dans la région de la macula, une tache rouge cerise caractéristique de l'idiotie amaurotique de Tay-Sachs. Contrairement à ce qui se voit dans la maladie de Gaucher, il y a leucocytose absolue.

L'enfant meurt au 27e mois et, à l'autopsie, on trouve une augmentation de volume du foie et de la rate, des dépôts de cellules dans les parois interalvéolaires dus à des dépôts de cellules de Pick adhérentes et mousseuses. Le système osseux est le siège d'une ostéoporose (14.600 milligr. de Ca contre 22.400, chiffre normal, et 3.540 milligr. de P contre 9.600, etc.) en même temps que la musculature est très appauvrie en sels minéraux (92,4 milligr. de Ca contre 142; 431 milligr. de P contre 1.075). Des réductions analogues s'observent pour K et Mg surtout. Ces modifications dans la constitution minérale se constatent également au niveau des cartilages et de la peau.

Pendant la vie, on a constaté que le bilan de l'azote était normal avec résorption de 86 à 92 pour 100 et des variations importantes dans la rétention. Le taux de la cholestérine a été normal, mais avec une prédominance de la cholestérine libre (94 milligr. sur un total de 164 à 191). Le taux des phosphatides était légèrement abaissé (56 milligr. pour 100 grammes) et le total des graisses très élevé (701 contre 300 milligr.). Le bilan de la cholestérine s'est montré, par périodes de 4 jours, au 22e mois négatif dans la proportion de 200 milligr. par jour puis au 24e mois de 536 milligr. alors que, chez un enfant normal de 7 mois, le bilan était négatif de 66 milligr. Pour la graisse, le bilan a été positif (77 et 69 gr. contre 105).

A propos de cette observation, B. remarque que la théorie de la mise en dépôt par les cellules de substances provenant du sang ne tient pas compte de l'existence de mécanismes par lesquels tout tissu se protège contre les surcharges de substances provenant du sang. De plus, le bilan de cholestérine, de même que le taux de cholestérine et de phosphatides, parle contre cette hypothèse. Il faut donc penser à une dysfonction primitive de la cellule elle-même, c'est-à-dire en somme à un trouble du métabolisme des lipoïdes et des corps gras. D'ailleurs, expérimentalement, on n'est jamais arrivé, par administration de cholestérine, à faire apparaître des lésions comme celles qui s'observent dans cette maladie. On doit donc songer à un trouble dans la désintégration métabolique de la cholestérine et des phosphatides.

L'analyse des organes a montré que le lipoïde principal, constituant les dépôts, est, en dehors de la cholestérine, la sphyngomyéline. Il y a donc une relation étroite entre la substance de Gaucher et la substance de Niemann-Pick, ce qui confirme complètement la théorie de Thannhauser.

Sur les 27 cas de maladie de Niemann-Pick, publiés jusqu'ici, il en est 8 qui présentaient la tache rouge cerise caractéristique de la maladie de Tay-Sachs. En outre, dans 3 de ces observations, on signale de l'amaurose et, dans les 16 cas restants, le système nerveux central est toujours affecté. Ainsi, dans la maladie de Niemann-Pick, le cerveau est toujours intéressé. Il semble cependant y avoir des différences cliniques très importantes entre la maladie de Niemann-Pick et celle de Tay-Sachs, de sorte qu'une genèse unique pour les deux affections ne saurait être considérée comme démontrée. La maladie de Tay-Sachs est familiale et la maladie de Niemann - Pick ne semble l'avoir été que dans une seule circonstance. En outre, dans cette dernière, on n'a jamais observé d'hypertonie, de convulsions cloniques-toniques des extrémités, d'hyperacousie, de température subnormale, de constipation; l'augmentation du volume du crâne et la diminution de celui du cerveau, symptômes qui sont typiques de l'idiotie de Tay-Sachs, n'existent pas dans les cas de maladie de Niemann-Pick où il y a tache rouge cerise.

Il faut donc admettre qu'il y a là deux maladies pathogénétiquement différentes, ce qui serait confirmé par les recherches d'Epstein d'après lesquelles la teneur en lécithine-céphaline n'est pas augmentée dans le cerveau dans la maladie de Tay-Sachs tandis qu'elle l'est dans la maladie de Niemann-Pick.

Par ailleurs, B. mentionne la théorie de Schaffer d'après laquelle chacune de ces deux maladies représenterait un génotype différent qui pourrait parfois se rencontrer chez les mêmes sujets. Mais ces diverses conceptions n'ont d'autre valeur qu'une hypothèse de travail.

P.-E. Morhardt.

Gaetano Borruso. ***Influence des extraits d'hypophyse sur la graisse et les corps cétoniques du sang des obèses*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 49, 7 Décembre 1935, p. 1746). — La constatation de l'existence, dans la préhypophyse, de substances (lipoïtrine, orophysine), capables d'agir sur le métabolisme des graisses, a amené B. à poursuivre de nouvelles recherches d'abord sur 14 sujets sains. Il a été constaté ainsi que l'administration de 100 gr. d'huile d'olive, *per os*, détermine, au bout de 4 heures, une augmentation des corps cétoniques du sang qui ne dépasse pas ou qui ne dépasse qu'à peine la normale. L'administration simultanée d'un produit, contenant de la lipoïtrine, a déterminé un léger abaissement des corps cétoniques, la différence atteignant 1 milligr. 22. Sur 11 obèses, on a constaté que la lipémie à jeun était normale et que l'administration simple d'huile donne une courbe un peu plus plate que normalement, ce qui semble témoigner d'un passage plus rapide des graisses alimentaires dans les dépôts (lipophilie des tissus de von Bergmann). Chez ces sujets à jeun, les corps cétoniques ont atteint également un taux normal, sauf dans un cas où ils étaient en excès, et l'administration d'huile a fait augmenter ces corps 4 fois plus que normalement (3 milligr. 56).

L'administration de lipoïtrine a eu 9 fois sur 11 un effet plus faible que normalement, parfois même nul, ce qui est précisément l'inverse de ce que B. a constaté chez des sujets présentant de la maigreur endogène. De plus, chez les obèses, l'administration de lipoïtrine diminue plus fortement que chez les sujets sains l'augmentation des corps cétoniques observée après repas de graisses, la différence atteignant 3 milligr. 59, c'est-à-dire 3 fois ce qui est observé chez les sujets sains. D'autre part, les recherches ont montré qu'on obtient sur la glycémie et la cétonémie des effets semblables avec la lipoïtrine extraite, selon la méthode de Raab et Kerschbaum, du lobe antérieur de l'hypophyse et avec certaines préparations extraites du lobe postérieur comme, par exemple, le pituisan.

Une préparation dans laquelle figure de l'orophysine augmente les corps cétoniques des sujets normaux ainsi que, mais à un moindre degré, des obèses. Il semble que cette substance agisse contrairement à la lipoïtrine, sur un mécanisme régu-

lateur diencéphalique. Il existerait, chez les obèses, une orophysine-résistance.

P.-E. MORHARDT.

E. Schneider et **E. Widmann.** ***Régulation hépatohormonale du métabolisme de la vitamine A et étiologie de l'ostéite déformante de Paget*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 50, 14 Décembre 1935, p. 1786-1790). — Il a été déjà constaté par Schneider que l'administration simultanée de carotène et de thyroxine empêche cette dernière de faire disparaître les réserves de glycogène du foie. Des expériences de ce genre ont été reprises par S. et W. chez les cobayes auxquels il fut administré tout d'abord des doses considérables de vitamine A (10.000 unités Levibond par jour) qui provoquèrent des symptômes d'hypervitaminose quand cette vitamine était administrée en même temps que la substance thyrotrope de l'hypophyse. En réduisant ces doses des 4/5, on est arrivé à empêcher ces lésions de se produire et à augmenter les réserves du foie en vitamine A. De même, le taux du glycogène de cet organe qui, sous l'influence de l'hormone thyrotrope, serait tombé à 0, a été trouvé supérieur à la normale.

Par ailleurs, l'administration d'hormone thyrotrope a pour effet, même si le carotène est normal, d'anéantir les réserves de vitamine A du foie. Inversement, la thyroïdectomie empêche la transformation du carotène en vitamine A et sa mise en dépôt. Si, au lieu de carotène, on administre de la vitamine A, celle-ci, par contre, continue à pouvoir être emmagasinée. Il semble donc que la thyroïde ait une action régulatrice sur les échanges de vitamine A en ce sens qu'elle permet de transformer le carotène en vitamine A. De ce fait, l'administration de vitamine A constitue une thérapeutique de protection pour le foie.

Il a paru intéressant à S. et W. de rechercher la teneur du sang en carotène et en vitamine A dans l'ostéite déformante de Paget qui s'observe, d'après Schmorl, dans 3 pour 100 des autopsies et dans laquelle un trouble des processus réparateurs est particulièrement net. Or, les chiffres trouvés dans le sérum de 6 malades ont été remarquablement faibles en ce qui concerne la vitamine A (0 à 20 unités Levibond). L'un d'eux, cependant, donnait des chiffres normaux (35), mais ses lésions osseuses étaient stationnaires depuis 2 ans. Cependant, tous ces malades appartenaient à une classe sociale qui excluait l'idée d'une avitaminose. D'ailleurs, la teneur en carotène était normale (0,012 à 0,053), ce qui donne à penser, qu'en pareil cas, il y a trouble des fonctions hépatiques entraînant une impossibilité de transformer le carotène en vitamine A. L'administration de vitamine A chez un de ces malades a d'ailleurs augmenté la vitamine A et le carotène du sérum. En même temps, ce traitement a fait baisser le calcium du sérum de 14,56 à 12 milligr. pour 100 gr., fait qui semble témoigner que cette vitamine a des relations étroites avec les échanges calciques.

P.-E. MORHARDT.

Regine Kapeller-Adler et **Walter Schiller.** ***L'excrétion d'histidine pendant la gestation, sous l'influence de régimes divers*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 50, 14 Décembre 1935, p. 1790-1793). — L'histidine apparaît dans l'urine en même temps que le prolan, c'est-à-dire à la 5e semaine Elle va ensuite en augmentant pour atteindre, à partir du 6e mois lunaire, un taux moyen de 1 gr. par jour. Les jours où le régime est riche en protéines, l'histidine de l'urine augmente et, inversement, les aliments riches en nucléines n'ont pas d'effet. L'administration d'histidine à la femme gravide augmente également très fortement la sécrétion de cette substance qui est retrouvée presque poids pour poids dans l'urine. Dans l'organisme normal, non gravide, l'histidine est presque complètement détruite. Chez des jeunes hommes, 1 gr. d'histidine par jour ne suffit pas pour faire apparaître cette substance dans l'urine. Chez les cobayes gravides ou non, il en est de même.

Des expériences ont été poursuivies chez 3 femmes gravides et on a constaté de nouveau que le régime agit fortement. Cependant, une première période d'alimentation riche en protéines a provoqué une augmentation de l'histidine urinaire plus élevée qu'une seconde période analogue. Un régime pauvre en protéines et pratiquement dépourvu d'histidine ne fait pas tomber à 0 l'histidine de l'urine. Les quantités éliminées varient beaucoup d'une femme à l'autre. Les nucléines sont sans action sur l'excrétion de l'histidine.

P.-E. MORHARDT.

W. Neuweiler. ***Les besoins de vitamine C pendant la gestation et la lactation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 50, 14 Décembre 1935, p. 1793-1794). — Dans les surrénales du fœtus et du nouveau-né, on trouve des réserves de vitamine C, ce qui amène à conclure que, pendant la grossesse, les besoins de vitamine C doivent augmenter. Le lait de femme contient assez peu de vitamine C (4 à 7 milligr. pour 100 gr.). D'autre part, l'excrétion de vitamine C par l'urine dépend, soit de l'administration, soit de la consommation de ce corps ainsi que d'une série d'autres facteurs. En éliminant autant que possible tous ces autres facteurs, on peut arriver à déterminer la consommation de vitamine C en tenant compte, d'une part, des quantités administrées et, d'autre part, des quantités éliminées. Cette méthode a été utilisée chez une série de sujets auxquels il était administré, par injection, de l'acide l-ascorbique. Ensuite, la teneur en acide ascorbique de l'urine était déterminée par la méthode colorimétrique.

Les recherches se sont étendues d'abord à 21 femmes non gestantes, à 23 femmes gestantes près du terme et à 22 nourrices Il s'agissait dans tous les cas de femmes parfaitement saines dont l'urine ne contenait aucune bactérie et qui étaient soumises à un régime hospitalier usuel sans aucune particularité, comme, par exemple, des jours de fruits.

Pour comparer les résultats obtenus, il a été dressé trois courbes qui délimitent une surface manifestement plus grande pour les non gestantes que pour les gestantes et surtout pour les nourrices. Il y a lieu de déduire, des résultats ainsi obtenus, que les besoins en vitamine C sont au maximum chez ces dernières, un peu plus faibles chez les gestantes et au minimum chez les non gestantes.

P.-E. MORHARDT

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Hövelborn. ***Carcinome de la peau sur dermatoses chroniques*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 28, 13 Juillet 1935, p. 858-860). — H. rapporte l'observation d'un homme de 61 ans, atteint de *psoriasis* dès sa jeunesse : le malade n'a jamais pris de fortes doses d'arsenic. Depuis un an et demi apparut à l'index droit une ulcération à bords durs, qui histologiquement était un cancer issu des cellules épineuses et qui guérit par la radiothérapie. Ces cas de cancer sur psoriasis sont relativement rares, puisque on en trouve 35 cas dans la littérature.

Un autre malade, âgé de 75 ans, souffrait depuis des années d'un eczéma chronique de la jambe et de l'avant-bras, qui fut reconnu être un *lichen verruqueux*. Il y a deux ans et demi, apparut un ulcère à la jambe droite dont les bords devinrent plus épais, depuis quelques mois. La biopsie montra un cancer baso-spino-cellulaire, qui fut enlevé au bistouri électrique. Dans ce cas, on peut se demander si le cancer s'est développé sur un ulcère de jambe banal, comme il en existe 67 cas dans la littérature, ou bien si ce cancer apparut sur lichen plan ; on connaît en effet quelques cas de dégénérescence cancéreuse, de lésion de lichen plan des muqueuses de la joue et de la langue.

Chez un 3e malade, asthmatique, atteint de lésions d'*eczéma chronique* des mains avec pyodermites, apparut une ulcération à bords infiltrés, qui fut reconnue histologiquement comme un cancer provenant des cellules épineuses. La guérison survint après ablation au bistouri diathermique. On ne connaît pas dans la littérature de cancer survenu sur eczéma, mais on l'a déjà observé sur névrodermite circonscrite. Il est possible que, de même que dans le psoriasis, l'énorme acanthose qu'on trouve dans ces fortes infiltrations prédispose au cancer.

R. BURNIER.

Wessling. ***Ulcère gangreneux étendu du gland avec présence de bacilles diphtériques*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 28, 13 Juillet 1935, p. 862-864). — Un homme de 58 ans vit apparaître deux jours après un rapport une rougeur du sillon; puis en même temps que des phénomènes généraux, fièvre, survint une ulcération qui s'étendit rapidement, dévora la moitié du gland et était recouverte de tissu nécrosé. La lésion était indolore; les ganglions n'étaient pas touchés.

Sur frottis et à l'ultra-microscope, on ne trouva ni streptobacille, ni spirochète, ni bacilles fusiformes, mais de nombreux bâtonnets prenant le Gram et ressemblant à des colibacilles. La culture montra qu'il s'agissait de bacilles de Loeffler. Sur une coupe provenant d'un fragment de tissu nécrosé qui se détacha, on retrouva ces bacilles diphtériques.

Sous l'influence de bains chauds, de permanganate de potasse et de la poudre d'iodoforme, ce processus s'arrêta en peu de jours et la cicatrisation fut obtenue en 14 jours.

Cliniquement, cette ulcération ressemblait davantage à une lésion gangreneuse causée par l'association de fuso-spirilles et de spirochètes, elle ne rappelait pas l'aspect habituel de la diphtérie cutanée, avec ses fausses membranes adhérentes recouvrant l'ulcération.

R. BURNIER.

Minami et **Higuti.** ***L'agent causal du sycosis lupoïde*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 32, 10 Août 1935, p. 969-975). — Le sycosis lupoïde, décrit par Brocq, est une affection relativement rare, puisque 40 cas environ ont été publiés en Europe, et 15 cas au Japon. Cette affection s'observe surtout chez l'homme, elle siège ordinairement aux tempes, rarement sur la partie antérieure de la tête ; elle est habituellement symétrique. Le prurit est tantôt vif, tantôt modéré.

C'est le staphylocoque doré, rarement le staphylocoque blanc qui est cultivé dans le pus des pustules.

3 cas furent observés par M. et H.; l'un montrait une agglutination positive au 1/25 pour le staphylocoque blanc, ce qui s'observe normalement chez le sujet sain ; dans un autre cas, l'agglutination était positive au 1/400, et le staphylocoque était pathogène pour l'animal.

Mais en outre, M. et H. ont découvert dans leurs 3 cas des levures; dans 1 cas, ils trouvèrent ces blastomycètes dans les pustules, la salive, le suc gastrique, les fèces et ils purent cultiver ce champignon sur milieu de Sabouraud : ce champignon

correspond au *Myceloblastanon albicans* de Ota. Ces champignons étaient vraisemblablement venus du tube digestif par voie exogène au cuir chevelu.

Ces blastomycètes furent également découverts sur les coupes des tissus du malade.

Il est probable que les staphylocoques trouvés dans les pustules sont des microbes d'infection secondaire.

Dans les 2 autres cas de sycosis lupoïde, M. et H. retrouvèrent également le champignon sur les coupes.

Ils considèrent cette levure comme l'agent causal du sycosis lupoïde.

R. Burnier.

Opfer. ***Un cas de myélose chronique aleucémique avec lésions cutanées du type de la dermatite herpétiforme de Dühring*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 47, 23 Novembre 1935, p. 1479-1485). — Alors que dans les lymphadénoses aleucémiques, les manifestations cutanées sont assez fréquentes, celles-ci sont très rares dans les myéloses aleucémiques ; on ne connaît guère que les cas de Meyer et de Stern.

O. a observé chez un homme de 63 ans une éruption polymorphe constituée par des bulles, des croûtes, des nodosités d'un rouge livide.

Le sang avait la formule suivante: lymphocytes 13 pour 100, leucocytes à noyau polymorphe 64,5 pour 100, éosinophiles 2 pour 100, mastocytes 0,5 pour 100, formes jeunes 3 pour 100, leucocytes à noyaux en bâtonnets 13,5 pour 100, monocytes 2 pour 100 et myélocytes 1 pour 100.

La biopsie d'une nodosité livide montra une infiltration du chorion par des mastocytes, quelques éosinophiles, de nombreux polynucléaires, de grosses cellules à un seul noyau, avec ou non des granulations du type des myélocytes et des myéloblastes. La réaction à l'oxydase fut fortement positive.

Le malade présentait une forte tuméfaction de la rate et du foie, une pâleur de la peau et des muqueuses.

Tous ces signes, associés à l'échec du traitement par la germanine, le résultat de la biopsie, firent éliminer le diagnostic de maladie de Duhring, et porter celui de myélose aleucémique.

L'éruption vésiculeuse et herpétiforme, dans ces cas, paraît due à des produits toxiques provenant de la destruction du tissu myéloïde, sous l'influence des rayons X, qui améliorent d'ailleurs l'état général.

R. Burnier.

Sellei. ***La fermentothérapie dans la dermatite herpétiforme de Dühring*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 47, 23 Novembre 1935, p. 1485-1489). — S. vante les bons effets de la fermentothérapie dans le traitement des affections bulleuses: pemphigus, maladie de Duhring.

Ce traitement consiste dans l'administration d'extrait de foie, de pancréas, soit sous forme brute, soit en tablette, soit en injections.

S., dans un cas de pemphigus aggravé par la germanine, a obtenu une amélioration par l'extrait de foie et de pancréas, associé au néoiacol.

Sur 10 cas de maladie de Duhring, S. a obtenu une disparition rapide des symptômes et la récidive n'était pas survenue plusieurs mois et même un ou deux ans plus tard.

Il est parfois utile d'associer l'extrait de foie ou de pancréas au fer, à la vitamine C, à l'arsenic (néoiacol) et peut-être même à la germanine.

R. Burnier.

Fischer. ***Un cas d'echtyma simplex streptogène suivi de mort*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 48, 30 Novembre 1935, p. 1513-1514). — Un homme de 47 ans, qui avait à plusieurs reprises souffert de douleurs avec crampes de la jambe droite, fit une nouvelle crise douloureuse qu'on chercha à calmer par des massages ; 15 jours plus tard apparurent, sur la jambe et le pied droit, des pustules avec croûtes et escarres nécrotiques, contenant du streptocoque en abondance et quelques staphylocoques.

La jambe droite est froide, sans œdème ni crampes; on ne sent plus le pouls de la poplitée; l'urine trouble contient de l'albumine, mais pas de sucre; la formule sanguine montre une forte leucocytose.

On fit un traitement énergique local et général par le prontosil, qui passe pour une médication spécifique de la streptococcie. Malgré les injections intraveineuses, la fièvre s'alluma, et le malade mourut de septicémie.

Il semble que dans ce cas l'echtyma streptococcique déterminé par le massage, pratiqué avec des doigts sales, ait déterminé une endartérite oblitérante de la poplitée. Mais l'autopsie fut refusée.

R. Burnier.

ZENTRALBLATT für CHIRURGIE
(Leipzig)

Majaoz (Leningrad). ***Transfusion sanguine dans 21 cas d'intoxications suivies de méthémoglobinémie*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. **62**, n° 47, 23 Novembre 1935, p. 2773-2779). — L'aniline, la phénétidine et le chlorhydrate de potasse sont des poisons qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine, d'où accidents par insuffisance d'oxygénation du sang. On peut donc admettre que la soustraction d'une quantité importante (800 à 1.000 cmc) de sang éliminera une partie du poison absorbé, et qu'une transfusion de 500 à 800 cmc diminuera la méthémoglobinémie et introduira dans l'organisme l'oxygène déficient.

M. a eu l'occasion de traiter de la sorte 5 cas d'empoisonnement professionnel aigu par l'aniline. Tous les sujets atteints présentaient un état général grave, avec céphalée, perte de connaissance, cyanose de la face, des lèvres et des extrémités. Leur sang avait la coloration chocolat du sang laqué. Le traitement consista en inhalations d'oxygène, injections d'huile camphrée, et enfin saignée suivie d'une transfusion de sang citraté. Tous ont repris connaissance et se sont rapidement améliorés après la transfusion, et tous ont guéri.

Même résultat dans 1 cas d'empoisonnement par la phénitidine: la méthémoglobinémie, qui était à 37 pour 100, tomba à 25 pour 100 après une première transfusion et disparut complètement après une seconde; le malade guérit.

Dulcin, Romanova et Gunzburg (Moscou) ont employé le même traitement dans 11 cas (sur 21 observés) d'empoisonnement par l'aniline ou ses dérivés: ils ont fait une saignée plus modérée (150 à 350 cmc) et une transfusion de 350 à 500 cmc seulement : résultats également favorables.

Dans l'intoxication par le chlorhydrate de potassium, M. a eu moins de succès; mais cela tient peut-être à ce que les malades avaient absorbé le quadruple ou le quintuple de la dose mortelle. 15 intoxiqués ont été saignés et transfusés (6 l'ont été 2 fois, et 2 l'ont été 3 fois): la transfusion a toujours été suivie d'une amélioration clinique et hématologique. Néanmoins, 13 malades (sur 15) ont rapidement succombé à des accidents rénaux; et, des 2 survivants, l'un est mort de néphrite au bout de 15 jours.

Ch. Lenormant.

THE SOUTH AFRICAN JOURNAL of MEDICAL SCIENCE
(Johannesburg)

Charles Berman. ***Le cancer chez les Bantous de Johannesburg et du district minier de Witwatersrand*** (*The South African Journal of Medical Science*, vol. **1**, nos 1 et 2, Septembre 1935, p. 12-28). — B. a puisé les documents de sa communication à 2 sources :

I. — La liste de tous les malades bantous soignés à l'Hôpital Non-Européen de Johannesburg pendant huit années : de 1926 à 1933.

II. — Les listes de malades de tous les hôpitaux Non-Européens des mines d'or de Witwatersrand, pendant les années comprises entre 1925 et 1933.

La population qui sert de champ d'observation n'est pas absolument « normale », les hommes de 20 à 45 ans dominent. De plus, c'est une population qui se renouvelle. Comme un certain nombre de cas chroniques restent dans leur famille, ces cas ne sont pas rapportés.

S'appuyant sur ces statistiques, B. constate que le cancer est une maladie fréquente parmi les habitants bantous de Johannesburg et des mines d'or de Witwatersrand; on en rencontre 18,8 sur 100.000, tandis que la proportion à Ceylan n'est que de 9,9 sur 100.000.

Le carcinome est plus fréquent que le sarcome chez les Bantous.

Parmi ceux des mines d'or de Witwatersrand, le carcinome primaire du foie compte pour 95 pour 100 de tous les carcinomes.

Le carcinome de l'estomac est inconnu, le carcinome de la peau n'existe pas, celui des poumons est très rare, mais celui de la vessie est assez fréquent.

Les Bantous portugais de l'Est Africain semblent six fois plus susceptibles au cancer que les Bantous du Sud-Africain.

Parmi les Bantous de la population urbaine de Johannesburg, le carcinome primaire du foie est à peu près le seul qu'on rencontre chez les jeunes hommes adultes ; le carcinome de l'estomac est relativement fréquent chez les hommes d'un âge moyen ; et, chez les femmes, le carcinome des organes génitaux compte pour 75 pour 100.

Les sarcomes affectent aussi bien les muscles que le système osseux, la forme rétropéritonéale est relativement fréquente, mais le sarcome mélanique est assez rare chez les Bantous.

Marcel Laemmer.

P. Rrange, J. N. Noriskin et **T. W. B. Osborn.** ***L'influence du régime sur la carie dentaire chez les sud-africains Bantous*** (*The South African Journal of Medical Science*, vol. **1**, nos 1 et 2, Septembre 1935, p. 57-62). — Les Bantous amenés à vivre dans les villes, et en contact avec des Européens par leur travail, soit dans les fermes, soit dans les mines, ont généralement plus de carie dentaire que ceux qui restent dans leur village.

Malgré les difficultés, on est arrivé à faire certaines observations et certaines comparaisons entre les habitudes des Bantous dans leur village, et leur manière de vivre à la ville. On a remarqué qu'un accroissement notable de la carie était dû à la consommation de sucre et de sucreries, à l'emploi de farines moulues à la machine au lieu de céréales bouillies entières. Le lait sûr, employé régulièrement, semble rendre les dents plus résistantes, à cause des principes nutritifs qu'il renferme.

Marcel Laemmer.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

J. Rouffart-Marin. ***Perforation d'ulcus gastrique au moment de l'absorption d'un repas baryté*** (*Le Scalpel*, t. **88**, n° 51, 21 Décembre 1935, p. 1646-1649). — Chez un homme de 32 ans, à jeun depuis la veille, l'absorption de 450 gr. de mucilage baryté fut suivie immédiatement d'une douleur en coup de poignard avant qu'on ait eu le temps de l'examiner à l'écran. En quelques secondes, il présenta une contracture rigide de l'abdomen extrêmement douloureuse, de la pâleur, des sueurs, un pouls petit et filant. On put pratiquer une radiographie qui montra l'estomac et le bulbe remplis de substance opaque ; celle-ci au niveau de la région prépylorique s'écoule dans le péritoine et s'insinue en fines couches entre les anses du grêle.

La laparotomie pratiquée 3/4 d'heure après la perforation permit de constater un ulcère prépylorique perforé et la dissémination d'une grande partie de la baryte dans le péritoine. La suture de l'ulcère fut difficile, mais obtenue, et l'estomac plicaturé en manchette donna un enfouissement suffisant. Après avoir épongé le liquide épanché, on mit en place une mèche sus-ombilicale et un drain suspubien par lequel s'écoula le lendemain de la baryte. La mort survint le lendemain par péritonite. La vérification *post mortem* montra que la suture avait tenu.

La douleur épigastrique en coup de poignard, la contracture, la sensibilité exquise sus-ombilicale, les antécédents gastro-duodénaux sont les meilleurs éléments pour le diagnostic de perforation d'ulcère : 2 fois cependant, le diagnostic ainsi porté était erroné.

La brusque inondation du péritoine par le baryum semble aggraver le pronostic de la péritonite, il faut donc s'efforcer de dépister les prodromes qui peuvent faire craindre une perforation et, lorsqu'ils existent, remettre l'examen radiologique à plus tard.

Robert Clément.

GLASGOW MEDICAL JOURNAL

C. H. Browning. ***Le rhume commun : revue des travaux récents*** (*Glasgow medical Journal*, t. **5**, n° 6, Juin 1935, p. 329-349). — L'étude clinique et l'enquête étiologique du catarrhe saisonnier, se traduisant par des éternuements, avec rhinorrhée, larmoiement, puis enrouement, toux sèche et céphalée, montre qu'il est, au moins dans certains cas, dû à un agent pathogène qui n'est pas habituellement abrité par ceux qu'il atteint. Ceci est prouvé par l'explosion épidémique dans des communautés séparées, à l'occasion de la première visite d'étrangers après un intervalle d'isolement complet.

La démonstration qu'un agent infectieux du type filtrable est responsable de ces accidents est fournie par la transmission de rhumes à des sujets humains ou à des chimpazés mis en quarantaine, par l'instillation intra-nasale de filtrats stériles de sécrétions nasales de personnes au premier stade du catarrhe. L'agent étiologique peut survivre pendant un temps considérable en dehors du corps et est capable de proliférer dans des milieux de culture *in vitro*.

Il n'est pas prouvé que les bactéries pathogènes ordinaires, qui peuvent apparaître dans les voies respiratoires supérieures, soient elles-mêmes cause de coryza, quoiqu'il n'y ait aucun doute que, comme infection surajoutée, elles aient un rôle important en aggravant l'état général et en créant des complications.

L'apparition des grippes saisonnières paraît indépendante du climat, mais en relation avec la température. Une brusque chute de température tend à être suivie d'une éclosion de rhumes dus, selon toute probabilité, à une diminution de résistance des tissus. On ne sait rien sur les facteurs qui influencent la virulence des agents étiologiques. Il ne semble pas que l'apparition de catarrhe dans une communauté soit en rapport avec le mode de vie de ses membres.

La prophylaxie, en évitant tout contact avec un sujet infecté, est, pour les adultes au moins, impraticable. Cependant, il faut éviter que les sujets atteints viennent en contact avec des malades ou avec des personnes prédisposées aux infections comme les accouchées. Les douches nasales et les lavages de bouche paraissent illusoires et il y a réel danger à irriter les muqueuses délicates du nez, ce qui les sensibiliserait aux infections. Les essais de vaccination ont abouti à leur abandon. Une expérience portant sur 216 étudiants traités dès le début du coryza aigu par un mélange de codéine et papavérine semble en faveur de cette méthode.

Robert Clément.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

Niles. ***Rapports des glandes surrénales avec l'hypertrichose*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **32**, n° 4, Octobre 1935, p. 580-588). — La cause de l'hypertrichose est très discutée ; on a incriminé des troubles endocriniens, soit uni, soit pluriglandulaires. L'hypertrichose de la face, du tronc et des membres s'accompagne souvent d'une alopécie plus ou moins complète du cuir chevelu. Ces troubles peuvent survenir chez des malades atteints de tumeurs, d'hyper ou d'hypofonctionnement de la thyroïde, de la pituitaire, des glandes génitales ou des surrénales.

Le virilisme adrénalien s'accompagne d'hypertrichose, en même temps que d'autres modifications de l'habitus, de la voix, de régression des seins qui donnent à la femme un aspect masculin ; on note aussi parfois une hypertrophie du clitoris et de l'obésité. Ces troubles sont souvent dus à une hyperactivité ou à une dégénérescence maligne des surrénales.

C'est dans ces cas que l'ablation chirurgicale des surrénales ou leur irradiation a donné parfois de bons résultats.

N. essaya la radiothérapie des surrénales chez 12 malades atteints d'hypertrichose dont l'origine surrénale pouvait être soupçonnée. Ces malades reçurent 1 à 9 irradiations; quelques-uns reçurent une seule dose forte en 1 mois, d'autres eurent des petites doses 2 ou 3 fois par semaine. On constata parfois une amélioration au bout d'une ou deux séances, mais cette amélioration ne persévéra pas et le résultat final fut médiocre pour tous les malades, quelle que fût la méthode employée.

R. Burnier.

Brooks Abshier. ***Tumeurs mixtes du palais*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **32**, n° 4, Octobre 1935, p. 622-625). — A propos de 6 cas personnels, A. étudie les tumeurs mixtes du palais, affection relativement rare, puisque 87 cas authentiques ont seulement été rapportés dans la littérature.

La tumeur peut siéger sur le palais mou ou osseux ; son étendue est variable : ce peut être une petite papule de la grosseur d'un pois ou bien une masse occupant toute la cavité buccale. La muqueuse qui recouvre la tumeur peut être normale ou altérée.

Histologiquement, les éléments qui entrent dans la composition de ces tumeurs mixtes sont le tissu conjonctif mucoïde, le cartilage, le tissu glandulaire et épithélial.

Ces tumeurs sont rarement malignes. 2 cas ont été relatés sur 87 d'après Eggers. Mais la récidive est possible.

Le traitement est chirurgical.

R. Burnier.

THE BRITISH JOURNAL of RADIOLOGY
(Londres)

D. R. Goodfellow. ***A propos des variations leucocytaires chez ceux qui manipulent le radium*** (*British Journal of Radiology*, *N. S.* **8**, Novembre 1935 et Décembre 1935, p. 669-683 et 752-780). — Après avoir rappelé brièvement la nécessité qui s'est imposée dès longtemps de protéger les travailleurs du radium et des rayons X contre les effets nuisibles qu'ils suscitent, et la leucopénie qui est la première manifestation des troubles dus à la surexposition (leucopénie susceptible de provoquer ultérieurement des accidents graves, sinon permanents, du sang et des organes hématopoïétiques), G. rappelle les prescriptions envisagées par le Comité de protection en 1933.

Son travail repose sur 32 observations (comportant 550 examens de sang), du personnel de l'Institut du Radium Holt et du Christie Hospital de Manchester, au cours des trois dernières années. (14 médecins, 13 assistants de laboratoire, 3 attachés au service de rœntgenthérapie profonde, 2 expérimentateurs en physique et en culture des tissus.) Dans un but de comparaison, G. a également effectué 170 numérations globulaires chez 85 sujets, dont les occupations n'avaient rien à voir avec le radium ou les rayons X.

Les observations sont réparties *en 3 groupes:*

1° Sujets chez qui le sang fut examiné dès le début des travaux comportant l'emploi de radium.

2° Sujets ayant déjà manipulé le radium depuis des mois, sinon des années.

3° Sujets ne manipulant en rien des appareils à radium (3 rœntgenologistes, 1 expérimentateur s'occupant de culture des tissus au laboratoire).

En vue des examens de sang, G. a pris certaines *précautions* spéciales: *a*) prise de sang toujours faite de la même manière et au même point; *b*) jamais de striction pour le prélèvement, mais simple pression digitale; c) dilution au 1/20 avec numérations comparatives (2 ou 4) à la chambre de Thomas-Hawkley; *d*) vérification et propreté minutieuses des pipettes; *e*) numération minimum de 500 leucocytes.

Il convient de se reporter au mémoire original pour l'étude complète des très nombreux tableaux et courbes qui ont permis à G. les *conclusions* suivantes: 1° d'être d'accord avec les résultats obtenus par la majorité des expérimentateurs antérieurs; 2° l'exposition inconsidérée au rayonnement γ agit progressivement et régulièrement sur la fonction hématopoïétique, et, dès les premières semaines, on peut, dans la majorité des cas, constater des variations caractéristiques du taux des leucocytes; 3° il semble qu'il n'existe qu'un signe constant de surexposition, commun à tous les sujets, à savoir une *leucopénie* absolue et progressive (due à une neutropénie), pouvant, si elle n'est combattue, descendre à un taux dangereux, et s'accompagnant souvent de troubles de l'état général; 4° les recherches hématologiques sont en faveur d'une susceptibilité individuelle au radium; les uns, « radio-sensibles », présentent une lymphocytose vraie avec neutropénie comme première manifestation de surexposition, puis de la leucopénie; d'autres, moins radiosensibles, dans des circonstances analogues, ont une lymphocytopénie avec monocytose vraie; d'autres enfin, avec diverses modifications sanguines, ont de l'éosinophilie; 5° il ne paraît exister aucune modification significative des cellules basophiles; 6° à part chez

quelques sujets, il n'a pas été constaté d'éléments embryonnaires du sang, et quand G. en a observé, il s'agissait, dans l'ordre de fréquence, de cellules de Turk, de monocytes atypiques, de métamyélocytes, de myélocytes; 7° moins de 4 semaines de repos sont insuffisants à relever à leur taux normal les leucocytes; 8° parfois, l'action nocive des rayons γ paraît être retardée et les manifestations dues à la surexposition peuvent persister pendant les congés dont l'action bienfaisante ne se manifeste qu'alors que les sujets ont repris leur travail; 9° les données, qui ont servi à exposer cette étude, sont basées sur trois catégories de sujets: *a*) Avril-Décembre 1932; mauvaises installations; manifestations fréquentes de surexposition; *b*) Décembre 1932-Septembre 1934; installations plus conformes au travail à effectuer et revision minutieuse du personnel se traduisant par une amélioration nette, atténuée progressivement au fur et à mesure que le travail s'intensifiait; c) Septembre 1934 à ce jour; transformation radicale des conditions de travail avec réorganisation du personnel, suivies d'une très nette amélioration.

Dans des conditions adéquates de travail, la formule rouge ne semble guère touchée à part quelques cas de légère érythrocytose; quelques rares cas d'anémie ont été observés qui ont fait éloigner les sujets atteints, de manière définitive, du travail avec le radium; 10° bien que l'étude de la formule rouge ne soit pas à négliger et paraisse suffisante tous les 3 mois, *il importe avant tout de procéder régulièrement et mensuellement à celle de la formule blanche*, toute anomalie conduisant à pratiquer les examens tous les 8 ou 15 jours; 11° ainsi, aussi bien étudiée que soit la protection, il n'en reste pas moins que, dans les conditions actuelles, le radium est plus dangereux que les rayons X; *l'examen hématologique régulier doit constituer une règle absolue* et tout travail ne doit pas, sous peine de danger grave pour le système hématopoiétique, dépasser, suivant l'individu, une durée déterminée.

Morel Kahn.

GENEESKUNDIGE BLADEN
(Haarlem)

J. Groen et **A. W. M. Pompen.** ***Iléite régionale*** (*Geneeskundige Bladen*, série XXXIII, t. **4**, 1935). — L'étude de G. et de P. est basée sur l'observation de 6 malades de la clinique du professeur Snapper (Amsterdam). Cette maladie était déjà connue sous le nom de tumeur inflammatoire bénigne, granulomatose sténosante de l'intestin, ou « chronic cicatrising Enteritis ».

Crohn et ses collaborateurs Ginzburg et Oppenheimer ont le mérite d'avoir précisé les signes de cette affection, en sorte qu'on peut maintenant en établir le diagnostic avant toute intervention.

C'est Bergen (*J. A. M. A.*, 1932, 2, 99) qui l'a appelée iléite régionale. Elle se présente sous la forme d'une maladie chronique légèrement fébrile avec douleurs, diarrhée, anémie et atteinte de l'état général. La vitesse de sédimentation est élevée, il y a souvent une déviation vers la gauche des leucocytes polynucléaires. Les selles contiennent du sang, le plus souvent à l'état de porphyrines. Elles montrent une digestion incomplète des graisses. Il y a une tendance à la formation de fistules entre l'iléon et les organes adjacents de la paroi abdominale. Parfois, on constate des phénomènes qui peuvent faire croire à une appendicite aiguë.

La certitude du diagnostic ne peut être établie que par une radiographie de la dernière anse iléale irrégulièrement rétrécie.

Il faut faire le diagnostic avec la colite ulcéreuse, la tuberculose intestinale, les tumeurs de la région, l'appendicite.

La thérapeutique de choix consiste en une vaste résection iléo-cæcale avec iléo-transversostomie, Les dyspepsies post-opératoires doivent être traitées par le régime et la thérapeutique médicale.

L'étiologie de la maladie est inconnue, mais il est à remarquer qu'elle frappe presque exclusivement les Israélites. Il est probable que des processus semblables peuvent se présenter dans d'autres régions de l'intestin.

I. Van Esso.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA, BOLLETTINO DELLE SEZIONI REGIONALI
(Milan)

Vanni. ***Ulcère chronique de la vulve*** (*Giornale italiano di dermatologia, Bollettino delle sezioni regionali*, t. **13**, n° 3, Août 1935, p. 249-250). — Une femme de 31 ans, ancienne syphilitique, avait depuis plusieurs mois une ulcération serpigineuse de la petite lèvre droite, à fond torpide, recouvert d'un enduit grisâtre. La lésion légèrement douloureuse s'accompagnait de quelques petits ganglions mobiles.

Le Wassermann était faiblement positif; la recherche du gonocoque, du bacille de Ducrey, du tréponème, du bacille de Koch fut négative.

Les injections de novarsénobenzol, la radiothérapie, les rayons ultra-violets généraux et locaux, la chrysothérapie ne donnèrent aucun résultat.

L'intradermo-réaction au Dmelcos et à la tuberculine fut négative. Mais la réaction de Frei se montra rapidement positive.

Il sembla donc s'agir d'une ulcération chronique de la vulve due au virus de Nicolas-Favre.

La guérison fut obtenue par les injections de néostibosan et d'émétine.

R. Burnier.

Bottoli. ***Rare complication du lymphogranulome inguinal : lymphangiectasie vulvaire*** (*Giornale italiano di dermatologia, Bollettino delle sezioni regionali*, t. **13**, n° 3, Août 1935, p. 265). — Une femme de 26 ans était atteinte dans la région inguinale d'une lésion offrant tous les signes cliniques du lymphogranulome inguinal subaigu, diagnostic confirmé par les recherches de laboratoire.

Aux organes génitaux, en particulier aux grandes lèvres, existaient de nombreux éléments vésiculeux qui, à l'examen histologique, se montrèrent constitués par des ectasies des vaisseaux lymphatiques. On notait des signes d'hypertrophie des couches profondes de la peau.

B. pense que cettte lésion peut être rattachée à la lymphogranulomatose inguinale.

R. Burnier.

Pavanati. ***Sérum sa..guin et antigène de Frei dans la lymphogranulomatose inguinale*** (*Giornale italiano di dermatologia, Bollettino delle sezioni regionali*, t. **13**, n° 3, Août 1935, p. 265-268). — En Décembre 1934, Reiss publia dans les *Annales de dermatologie* un mémoire tendant à prouver que, à côté du pus et du tissu glandulaire, il était possible d'utiliser également le sang des malades atteints de maladie de Nicolas-Favre, comme moyen de diagnostic dans la réaction de Frei.

Cette affirmation contredisait nettement l'opinion émise par Gottlieb en 1932.

P. examina à ce point de vue 7 malades atteints de lymphogranulomatose inguinale et qui donnèrent avec l'antigène de Frei une réaction fortement positive. Jamais, soit avec le sérum du sujet qui avait fourni le vaccin, soit avec le sérum du malade, soit avec le sérum de sujet sain, P. n'obtint de réaction positive.

De plus, la réaction de Frei s'atténue quand on mélange l'antigène de Frei avec du sérum lymphogranulomateux, ce sérum exerçant sans doute sur l'antigène une action neutralisante.

R. Burnier.

THE TOHOKU JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Kyoto)

S. Takahashi (Sendai, Japon). ***Sur l'influence des changements de volume dans la partie liquide du sang sur la masse du sang circulant dans les états normaux et pathologiques.*** 1re communication. ***Les changements de la masse du sang circulant sous l'influence d'une solution saline chez les animaux bien portants, ainsi que chez ceux soumis à la cantharidine et à l'urane*** (*The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, t. **25**, nos 5 et 6, 31 Mars 1935, p. 531-549). — Après l'injection au lapin sain d'une solution physiologique de sel à la dose de 20 cmc par kilogr. d'animal, on ne voit pas immédiatement une augmentation de la quantité du sang circulant ; au contraire il y a diminution.

La quantité du plasma augmente immédiatement après l'injection, elle revient à la normale au bout de 30 minutes, et bien souvent elle continue à diminuer ensuite. Le volume des hématies diminue immédiatement après l'injection et revient à la normale au bout d'une demi-heure.

La quantité du sang circulant augmente après lésion de l'organisme par l'urane, la cantharidine.

Chez 6 lapins sains, l'injection sous-cutanée d'une solution de cantharidine à la dose de 0,5 milligr. par kilogramme, chez 5 autres, l'injection sous-cutanée d'une solution de nitrate d'urane à la dose de 0,01 gr. altère l'organisme et produit de l'albuminurie. Sous l'influence de ces intoxications, la masse sanguine de ces animaux augmente.

Si, chez ces lapins ainsi modifiés, on injecte une solution saline dans les mêmes conditions que précédemment, on obtient des variations du volume du sang circulant analogues à celles observées chez l'animal sain, sauf que la diminution immédiatement après l'injection est moindre.

Chez les animaux intoxiqués par la cantharidine le plasma augmente après l'injection, il diminue au bout d'une heure et son volume devient plus petit qu'avant l'injection. Le volume des érythrocytes diminue tout de suite et pendant 2 heures.

Chez les animaux soumis au nitrate d'urane, à la suite de l'injection de sel, le plasma augmente immédiatement, mais moins que chez le lapin sain et plus que chez le lapin cantharidiné. Le retour à la normale demande chez eux un temps plus long, souvent 3 heures et plus.

Robert Clément.

S. Takahashi. ***Sur l'influence des changements de volume dans la partie liquide du sang sur la masse du sang circulant dans les états normaux et pathologiques.*** IIe communication. ***Les modifications de la quantité du sang circulant sous l'influence d'une solution de gomme chez les animaux bien portants ainsi que chez ceux soumis à la cantharidine et à l'urane*** (*The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, t. **25**, nos 5 et 6, 31 Mars 1935, p. 550-563). — On a pu constater chez les lapins sains que l'injection lente dans les veines de 20 cmc par kilogramme d'une solution à 6 pour 100 de gomme arabique n'est pas suivie immédiatement d'une augmentation de la quantité de sang circulant ; la masse sanguine se comporte de façon analogue à ce qu'on avait vu après l'injection intra-veineuse d'une solution salée. Le plasma subit immédiatement après l'ins-


ENTÉRITES, DIARRHÉES, CONSTIPATIONS, DERMATOSES,
AUTO-INTOXICATIONS
OZÈNES
BULGARINE THÉPÉNIER
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL DE BACILLES BULGARES
1° BOUILLON
2° COMPRIMÉS
4 Verres à Madère par jour
6 à 8 Comprimés par jour avant les repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8ᵉ

tillation gommeuse une augmentation considérable pour diminuer progressivement ensuite, tout en conservant encore au bout d'une heure un taux supérieur. Les hématies diminuent immédiatement et reviennent rarement au taux normal au bout d'une heure.

Chez le lapin traité par la cantharidine, après injection de gomme arabique, la quantité de sang circulant, déjà supérieure à la normale, augmente, ce qui ne se produit ni chez le lapin sain, ni après injection salée. Au bout d'une heure, retour au taux normal ou baisse au-dessous. L'augmentation du plasma est plus importante que chez le lapin sain. Le retour à la normale s'opère très lentement; dans certains cas, il persiste après 3 heures. Le volume des hématies diminue moins rapidement que chez le lapin sain et le retour à la normale est très retardé.

Chez les lapins traités par l'urane, les phénomènes sont analogues, mais moins marqués.

Chez les animaux intoxiqués par la cantharidine ou le nitrate d'urane, l'instillation de solutions difficilement diffusibles par la paroi capillaire comme la solution gommeuse provoque une augmentation du sang circulant.

ROBERT CLÉMENT.

NAGASAKI IGAKKWAI ZASSI

S. Okada. ***Recherches sur l'étiologie de l'ulcère gastrique causé par l'atophan*** (*Nagasaki Igakkwai Zassi*, t. **13**, n° 10, 25 Octobre 1935, p. 1481-1549). — D'après Kume qui a obtenu chez le chien des ulcères gastriques à la suite de l'ingestion d'atophan, cette substance agit en déterminant de l'ischémie de la muqueuse qui se nécrose ensuite, puis l'érosion produite se transforme en ulcère. Cette ischémie ne résulterait ni d'une thrombose ni d'une embolie, mais de la contraction des vaisseaux eux-mêmes ou de la paroi gastrique.

Les recherches de O. ont eu pour but d'approfondir la pathogénie de ces ulcères; il a particulièrement étudié l'action de l'atophan chez des chiens ayant subi la vagotomie ou la splanchnotomie. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

Il est possible de produire à coup sûr un ulcère gastrique avec l'atophan chez le chien tandis que l'échec est constant chez le lapin, le cobaye et le rat. L'acide salicylique s'oppose assez nettement à la production de l'ulcère. D'autres agents (picrotoxine, ésérine, tannate d'orexine, histamine, bicarbonate de soude, adrénaline, strychnine, pilocarpine, papavérine) n'ont pas une action empêchante aussi marquée que l'acide salicylique et l'atropine.

O. a pu avec une solution alcaline d'atophan (atophanyl) obtenir une petite érosion, mais jamais l'ulcère typique observé avec l'atophan.

Il n'a pu constater aucune lésion des vaisseaux, thrombose, embolie, endartérite, etc.

La vagotomie unilatérale a d'ordinaire une influence empêchante; celle-ci disparaît si les deux vagues sont sectionnés. La splanchnotomie bilatérale et son association à la vagotomie unilatérale n'influencent que peu la production de l'ulcère.

O. en vient à conclure que l'ulcère causé par l'atophan est dû à l'action excitante de cette substance sur le vague, car sa production est favorisée par les agents qui excitent le vague et entravée par la vagotomie. L'atophan exerce une action excitante sur le vague dont témoigne l'hyperuricémie.

Dans l'ulcère rond de l'homme, bien que sa morphologie diffère quelque peu de l'ulcère atophanique, l'excitation du vague doit être également regardée comme une condition de sa genèse.

P.-L. MARIE.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

Kobayashi. ***Un cas de paralysie des muscles de l'œil après une anesthésie lombaire*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. **38**, n° 3, Septembre 1935, p. 50-51). — Un homme de 35 ans, non syphilitique, fut opéré de néphrectomie droite, pour tuberculose rénale, sous anesthésie lombaire ; il reçut une injection de 1,2 cmc de nupercaïne à 0,50 pour 100 entre le 1er et le 2e espace intervertébral lombaire, puis on injecta sous la peau 1 cmc d'éphédrine. L'opération dura une heure.

Quatre jours après l'opération, le malade vit double. On constata une paralysie de la 6e paire, avec intégrité des autres nerfs moteurs. Pupilles normales. Réflexes à la lumière et à l'accommodation normaux.

La paralysie dura quatre mois et disparut.

Dans les cas de ce genre publiés dans la littérature, c'est ordinairement la 6e paire qui est touchée ; la paralysie dure un temps variable, de cinq jours à seize mois ; la paralysie est le plus souvent unilatérale.

Sa pathogénie est inconnue.

R. BURNIER.

LUES (Kyoto)

Urabe. ***Un cas de cancer du scrotum simulant un ulcère gommeux*** (*Lues*, t. **12**, n° 2, Avril 1935, p. 8-9). — Le cancer du scrotum est surtout professionnel et s'observe chez les ramoneurs, les ouvriers qui travaillent dans le goudron, la paraffine et l'aniline.

Cependant on a signalé quelques cas de cancer scrotal d'origine non professionnelle. Le cas rapporté par U. est le premier observé au Japon.

Il s'agit d'un capitaine de navire, âgé de 56 ans, qui, il y a 25 ans environ, eut un chancre. En 1929 apparut une grosseur du volume d'un pois dans la peau de la moitié droite du scrotum. Cette tumeur augmenta rapidement de volume et s'ulcéra ; l'aspect était celui d'une gomme syphilitique. Pas de ganglions inguinaux.

Malgré un traitement énergique, les lésions s'aggravèrent. On fit alors une biopsie qui montra un épithélioma à cellules pavimenteuses. La tumeur fut enlevée chirurgicalement et la guérison fut obtenue.

17 jours après son départ de l'hôpital, le malade remarqua la tuméfaction de trois ganglions de l'aine droite. On extirpa ces ganglions et l'histologie montra la présence de cellules cancéreuses métastatiques.

R. BURNIER.

Ono et Ishida. ***Syphilis expérimentale et traumatisme*** (*Lues*, t. **12**, n° 3, Juin 1935, p. 15-16). — O. et I. confirment les expériences de Chesney, Turner et Halley sur l'apparition de lésions syphilitiques dans les cicatrices, après inoculation expérimentale.

O. et I. firent chez 4 lapins 3 excisions de peau de la région dorso-lombaire, après avoir rasé les poils; les plaies furent faites à une semaine d'intervalle.

Trois semaines après la dernière excision, on fit aux animaux une injection intraveineuse de 5 cmc d'une émulsion de spirochètes.

On vit apparaître des papules au niveau des cicatrices, ainsi d'ailleurs que des lésions de généralisation (orchite, papules dorso-lombaires chez 3 animaux sur 4). Les papules étaient plus volumineuses sur les cicatrices de la plaie la plus récente, que sur les cicatrices plus anciennes.

Les plaies ont joué ici le rôle d'un *locus minoris resistentiae;* il est certain que le genre de traumatisme, l'âge de la cicatrice et de la syphilis jouent un rôle important dans l'apparition des lésions syphilitiques.

R. BURNIER.

Nishimura. ***Ulcus vulvæ acutum avec lésions aphteuses de la muqueuse buccale et iritis aiguë*** (*Lues*, t. **12**, n° 3, Juin 1935, p. 17-18). — 18 cas d'ulcère aigu de la vulve de Lipschütz ont été observés au Japon depuis 1927.

Dans le cas de N., il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, qui fut prise subitement, 15 jours avant, de frissons, de fièvre, de fatigue générale. Un prurit intense apparut à la vulve, et 3 jours après on constatait une ulcération douloureuse aux deux petites lèvres.

Au bout de quelques jours, la fièvre tomba. Mais les petites lèvres restaient tuméfiées. A la face interne de la gauche, existait une ulcération ovalaire, à fond inégal, couvert de détritus grisâtres. Une autre ulcération ovale, plus petite, existait sur la petite lèvre droite.

On notait, en outre, sur la face interne des 2 petites lèvres, un semis de petites ulcérations, grosses comme une tête d'épingle ou un grain de mil, recouvertes d'un enduit purulent grisâtre. Le vagin était également recouvert d'un enduit grisâtre. Hymen intact. Ganglions inguinaux non douloureux.

On ne trouva ni bacille de Ducrey, ni tréponèmes. La culture sur milieu sanguin et sucré montra la présence de staphylocoques. L'auto-inoculation avec la sécrétion des ulcérations fut négative.

L'examen de la bouche montra la présence de nombreuses érosions ou ulcérations de la grosseur d'une tête d'épingle, analogues à des aphtes, dont le fond était recouvert d'une fausse membrane jaunâtre. Ces ulcérations étaient disséminées sur les gencives et la luette.

L'examen microscopique de l'enduit des ulcérations génitales et des érosions de la luette montrèrent de grosses bactéries, analogues au *B. crassus*.

Vingt-six jours après le début de la maladie, la malade se plaignit de douleurs de l'œil gauche, avec épiphora et rougeur de la conjonctive; acuité visuelle diminuée. Un oculiste diagnostiqua une iritis, sans doute d'origine métastatique.

L'*ulcus vulvae acutum* n'est donc pas toujours une lésion locale, il peut déterminer une bacillémie, qui peut atteindre non seulement la peau et la muqueuse buccale, mais aussi l'œil.

R. BURNIER.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE (Varsovie)

D. Redel. ***Tumeurs malignes et système hématopoiétique*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **12**, n° 16, 25 Avril 1935, p. 317-329). — L'étude hématologique d'un important nombre de malades porteurs de tumeurs malignes prouve le rôle essentiel qui revient à la rate et au système réticulo-endothélial dans le développement des tumeurs. De nombreux signes cliniques et hémato logiques témoignent chez ces malades de l'existence d'hyposplénie.

C'est à l'hyposplénie qu'il convient d'attribuer le rôle favorisant dans le développement des tumeurs. Elle intéresse les éléments morphologiques du sang, la teneur en hémoglobine et retentit sur les réactions de la moelle osseuse et la plaquettose. Les avantages de la connaissance de ce fait ne se limitent pas au diagnostic et au pronostic des tumeurs, il peut servir de guide pour juger de l'effet des méthodes thérapeutiques employées.

FRIBOURG-BLANC.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE (Paris)

G. Blechmann et **P.-P. Lévy.** ***L'ictère grave familial du nouveau-né*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. **10**, n° 6, Novembre-Décembre 1935, p. 433-459). — Ce mémoire étudie très complètement l'ictère grave familial du nouveau-né, affection qui présente une physionomie propre, une pathogénie spéciale et, par suite, une thérapeutique appropriée, qu'il convient de connaître Elle entre dans le même cadre nosologique que l'anémie grave du nouveau-né et l'anasarque placentaire du fœtus, famille d'affections hématogènes, que la présence de nombreuses hématies nucléées dans le sang a fait désigner sous le nom d'érythroblastoses. C'est une maladie familiale, et on y retrouve souvent une fragilité sanguine spéciale du père ou de la mère, ou des affections sanguines chez les ascendants; souvent, de nombreux avortements ou accouchements prématurés chez la mère, la débilité des enfants survivants. Enfin, caractère spécial, le premier-né est, en général, épargné. La syphilis ne semble jamais en cause.

L'ictère est, le plus souvent, très net dès le 1er jour, plus précoce que l'ictère physiologique, parfois il existe dès les premières heures. Il fonce, à vue d'œil, s'accompagne d'hépato et de splénomégalie. Des symptômes nerveux apparaissent bientôt (convulsions, nystagmus, hypertonie) que l'on rapporte à l'imprégnation pigmentaire des noyaux gris centraux; enfin, apparaissent des hémorragies. La mort survient rapidement en quelques jours, après un stade d'hypothermie. Parfois, l'enfant survit, mais avec des séquelles nerveuses graves, c'est l'ictère nucléaire, individualisé par un syndrome spasmodique avec convulsions, dont on peut localiser les lésions dans le striatum et le pallidum, état qui se rapproche de la maladie de Wilson. Le diagnostic doit se faire avec l'ictère physiologique, et surtout avec les autres ictères graves du nouveau-né, ictère infectieux grave ou maladie bronzée de Winckel; ictère grave de la syphilis congénitale. Le laboratoire y apporte un élément important de différenciation. Le liquide céphalo-rachidien n'est pas sanglant et l'examen cytologique du sang, qui est capital, montre une anémie globulaire importante (2 ou même 1 million). La réaction érythroblastique est très nette. Les lésions consistent surtout en imprégnation biliaire et sidérosique des organes, et en foyers aberrants d'hématopoïèse riches en érythroblastes.

Cet ictère familial semble devoir être rapporté à un processus hépato-hématique, et représente une véritable inaptitude de l'enfant à la vie extra-utérine. Il paraît avoir une origine germinale. Il s'agirait d'une « véritable maladie de l'œuf, pouvant aboutir aussi à l'anémie grave ou à l'anasarque. Cette anomalie germinale entraînant un retard ou une déviation de l'évolution de la série rouge » (Péhu).

Puisque l'on est le plus souvent averti par des accidents antérieurs, on peut tenter un traitement de la mère pendant la grossesse; on pourrait essayer l'hépatothérapie pendant les dernères semaines, ou mieux plus tôt, mais par cures discontinues. Pour l'enfant, à côté des médications adjuvantes (tonicardiaques, adrénaline, insuline, antihémorragiques), il faut avoir recours aux injections ou transfusions de sang humain, surtout favorables par voie intraveineuse. La quantité quotidienne doit être environ de 15 cmc. On peut alterner chaque jour injection intraveineuse et injection intramusculaire. Mais surtout cette thérapeutique doit être établie aussitôt que possible. L'amélioration est rapide, portant à la fois sur l'état général, sur la température et sur les symptômes nerveux. Il faut la suivre par des examens de sang répétés de 2 jours en 2 jours; ils montrent l'augmentation du nombre des globules rouges et la disparition progressive des hématies nucléées.

Importante bibliographie.

A. Escalier.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

B. de Rudder avec la collaboration de **G. A. Petersen.** ***Périodicité quotidienne de la température du corps chez l'être humain*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 51, 21 Décembre 1935, p. 1814-1816). — On a admis, pour expliquer les variations quotidiennes qui s'observent pour une série de phénomènes, que l'homme possède un rythme interne ou des habitudes (alimentation et travail ou modifications du milieu), ou enfin qu'il est soumis à des facteurs cosmiques Il est certain qu'il n'y a pas de rythme interne puisque les changements de longitude s'accompagnent d'un changement identique de ce rythme organique. Il reste à savoir si c'est le mode de vie ou de facteurs cosmiques qui sont en cause.

Pour élucider cette question, R. a fait des observations chez 12 nourrissons de moins de 3 mois qui ne font guère que dormir et manger. Ces nourrissons se trouvaient à la clinique de Greifswald, située dans un quartier extrêmement tranquille. A côté de 4 nourrissons qui servaient de contrôle, il y en eut 4 dont on avait déplacé le moment des repas de 12 heures exactement et 4 à qui on administrait 8 repas dans les 24 heures, à 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 heures. En même temps, la température de tous ces enfants était mesurée toutes les 3 heures et on a ainsi pu déterminer une courbe moyenne de la température. Il a été constaté que, quel que soit le mode d'alimentation, le même rythme de température persiste sans variation sensible.

C'est donc bien dans des facteurs cosmiques qu'il faut chercher la cause de ces variations de température prises en quelque sorte comme symptômes d'une périodicité quotidienne. Il s'agit là donc d'un phénomène de bioclimatique comparable à ce qui s'observe aux variations périodiques observées sous l'influence des saisons et aux variation apériodiques observées sous l'influence des changements de temps. On a de même observé des variations périodiques sous l'influence de la période solaire de 26 jours, c'est-à-dire de tempêtes magnétiques exceptionnelles. C'est toujours l'atmosphère terrestre qui est l'intermédiaire entre ces influences cosmiques et l'homme. Une modification de l'atmosphère terrestre peut, d'une manière très simple et très concrète, expliquer le rythme quotidien observé chez l'homme. Il y a « accord » entre les divers facteurs pour agir sur l'organisme. Ce mode d'action n'est pas seulement très compréhensible, mais encore il peut être soumis à une observation méthodique et exacte et, par conséquent, contrairement à ce que voudraient certains, rentrer dans le domaine de l'observation scientifique courante.

P.-E. Morhardt.

Heinz Boeters. ***Troubles végétatifs après encéphalographie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **14**, n° 51, 21 Décembre 1935, p. 1829-1832). — Il a été procédé, au cours de 45 encéphalographies pratiquées à la clinique psychiatrique et neurologique de Breslau, à une série de recherches destinées à déterminer les effets de cette intervention sur certains phénomènes et plus spécialement sur la glycémie

Dans tous les cas qui ont été ainsi examinés, la glycémie a été trouve normale avant l'encéphalographie (80 à 120 milligr. pour 100 gr.). Après cette intervention, il a été constaté toujours une augmentation rapide du sucre du sang qui s'est élevé à 130 ou à 160 parfois même à 180 ou 200 milligr. Au bout de 30 à 90 minutes après, on a constaté un retour à la normale.

On sait que l'émotion peut avoir des effets analogues, mais jamais de cette ampleur. En tout cas, chez les sujets présentant des phénomènes d'angoisse sévère, on n'a jamais observé de modifications aussi importantes de la glycémie. L'action de la morphine et de ses dérivés ou de l'hyoscine parfois administrée avant l'encéphalographie n'a pas eu à elle seule des effets analogues.

Parmi les sujets qui ont été ainsi examinés figure d'abord un groupe d'enfants qui a présenté les hyperglycémies les plus marquées. Le groupe des schizophréniques a également présenté des réactions importantes. Il s'agissait là, d'ailleurs, de cas limites et non pas de cas typiques. Chez la plupart des malades soumis à cette méthode d'examen, il y avait des troubles épileptiques ou épileptiformes. Chez ces sujets, aussi bien que chez ceux qui étaient atteints d'épilepsie essentielle, l'hyperglycémie a été également nette.

Tout au contraire, elle a été très modérée en cas de tumeur cérébrale, surtout si en même temps il y avait trouble de la pression intra-cranienne. Dans 3 cas de paralysie générale, l'augmentation a été également faible. Certaines observations semblent d'ailleurs montrer qu'en cas d'hydrocéphalie interne, la réaction est faible.

En ce qui concerne le liquide céphalo-rachidien, on a pu constater, en comparant les fractions initiales et terminales, que l'encéphalographie augmente la glycorachie, mais dans une proportion qui ne dépasse guère les limites inférieures possibles. Enfin, dans un cas on a déterminé toute une série de données et constaté que le pouls s'accélère en même temps que le sucre du sang s'élève. La leucocytose ne survient que plus tardivement, alors que l'hyperglycémie est déjà revenue à la normale.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

E. Schott. ***Pneumothorax spontané (unilatéral double, bilatéral, traitement)*** [*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 44, 1er Novembre 1935, p. 1751-1756]. — S. relate en détail les observations de 3 malades ayant présenté des pneumothorax spontanés.

1° Homme de 62 ans: pyopneumothorax de l'interlobe gauche au cours d'une pneumonie. Deu-

xième poche aérienne enkystée dans la partie inférieure de la cage thoracique collabant le lobe pulmonaire inférieur. Guérison spontanée.

2° Homme de 20 ans traité par pneumothorax artificiel bilatéral pour tuberculose pulmonaire. Au cours du traitement, perforation pulmonaire provoquant un pneumothorax avec hyperpression. L'injection à 2 reprises de solution sucrée intrapleurale provoque la cessation des phénomènes dyspnéiques et entraîne une résorption rapide du pneumothorax de ce côté.

3° Homme de 38 ans: pneumothorax gauche spontané, de cause inconnue, suivi 5 semaines après d'un pneumothorax droit spontané survenant durant le sommeil. La vérification des pressions montre l'absence de communication interpleurale.

L'injection de solution sucrée (sucre de raisin) dans la cavité gauche amène la régression des 2 épanchements hydroaériques.

Quelques autres observations démontrent que la production d'un exsudat pleural n'est pas une circonstance aggravante au cours de l'évolution d'un pneumothorax.

Elle semble même constituer une éventualité favorable.

S. insiste sur la méthode thérapeutique utilisée, modification du traitement par le sucre préconisé par Spingler, et qui paraît fournir des résultats rapidement et constamment satisfaisants.

G. Dreyfus-Sée.

H. Anke. ***Un cas d'insuffisance pancréatique congénitale*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 45, 8 Novembre 1935, p. 1787). — Depuis le premier cas d'insuffisance pancréatique congénitale décrit en 1913, par Garrod et Hurtley, quelques observations ont été publiées. Mais les faits observés restent rares, de telle sorte que tout nouveau cas mérite d'être connu.

Le malade de A. est un jeune garçon de 14 ans 1/2, présentant des troubles du métabolisme des graisses dont l'analyse permet d'affirmer l'origine pancréatique et congénitale.

Lors d'une alimentation normale, on observe des selles graisseuses typiques. Il n'y a pratiquement ni digestion, ni résorption des matières grasses, alors que les hydrates de carbone et les substances albuminoïdes sont normalement assimilées. Le suc duodénal faiblement acide ne contient aucun ferment digestif.

Le traitement, par des préparations pancréatiques actives *in vitro*, n'a paru avoir aucune influence sur l'affection.

L'étiologie demeure obscure. On peut soupçonner une malformation pancréatique.

L'ensemble des symptômes est peu différent de ceux constatés dans les observations publiées antérieurement (7 observations) par divers auteurs. Un tableau récapitulatif permet de faire aisément cette comparaison.

G. Dreyfus-Sée.

ARCHIV für GYNAEKOLOGIE (Berlin)

D. P. Browkin. ***Traitement de l'éclampsie par le sulfate de magnésie*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. **160**, 1er fascicule, p. 141-142). — Stroganoff a eu le mérite de s'opposer au traitement activiste de l'éclampsie et, maintenant, la plupart des auteurs sont partisans du traitement médical. Mais la morphine, élément principal du traitement de stroganoff, est défavorable à la diurèse, pour divers auteurs, dont B., ainsi que le chloroforme et le chloral. D'où l'idée de reprendre, à nouveau, comme substance antispasmodique, le sulfate de magnésie, déjà recommandé par plusieurs accoucheurs à la suite de Meltzer et Auer. Les observations de B. montrent que la dose appliquée par lui, non seulement n'interrompt pas la diurèse normale, mais, dans certains cas, l'améliore. Au début des essais de B., au moment de l'entrée à l'hôpital, il pratiquait une injection sous-cutanée de 200 cmc de sulfate de Mg à 3 pour 100. Si les accès se répétaient, on répétait les injections, mais pas avant 4 heures et pas plus de 4 fois en 24 heures. Cette injection de 200 cmc à 3 pour 100 est un procédé assez compliqué demandant un appareillage spécial et beaucoup de temps. Il est presque toujours nécessaire d'injecter la solution sous une narcose à l'éther. Depuis 1933, B. emploie une solution hypertonique, moyen énergique de régulariser les échanges aqueux et, en même temps, moyen narcotique inoffensif et, pourtant, capable d'arrêter les accès d'éclampsie. L'injection intraveineuse a un effet rapide, mais non durable. L'injection sous-cutanée et intramusculaire est moins rapide, mais dure plus longtemps (de 3 à 4 heures). On pratique l'injection intramusculaire de 30 cmc à 20 pour 100, 4 fois et parfois 5 fois dans 24 heures. L'injection est répétée en cas de convulsions obligatoirement après 4 heures, mais pas plus de 4 à 5 fois dans 24 heures. On supprime les boissons et on donne seulement un peu d'eau sucrée concentrée ; en cas de coma, on administre 100 cmc de glucose à 10 pour 100 par voie intraveineuse chaque jour, des sels purgatifs ($MgSO^9$) ; applications chaudes sur les reins. Une surveillance soigneuse des malades est obligatoire. Dans quelques cas graves, on a pratiqué une saignée.

Comme test de la méthode, B. apporte : l'interruption des crises après 1 ou 2 injections de Mg (76 pour 100 de ses 125 cas) ou, à défaut, l'espacement des crises, le temps nécessaire pour obtenir le retour à la lucidité et la diminution considérable de l'hospitalisation. Il ne propose pas le taux de la mortalité comme critérium de sa méthode, car ses matériaux ne sont pas encore assez nombreux. Néanmoins, pour 237 cas, il y a 5 morts seulement, soit 2,1 pour 100. Quant à la mortalité infantile, elle est, sur 25 cas, de 6,4 pour 100.

Beaucoup de cliniques de Leningrad et des autres villes russes seraient converties au traitement de l'éclampsie par le sulfate de Mg.

Henri Vignes.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

B. S. Kline et **S. S. Berger.** ***Analyse de 90 cas d'abcès du poumon et de gangrène pulmonaire observés en 10 ans*** (*Archives of internal Medicine*, t. **56**, n° 4, Octobre 1935, p. 753-772). — K. et B. ont observé, en 10 ans, à l'hôpital de Mount Sinaï (270 lits), 55 cas d'infection pulmonaire fuso-spirillaire, parmi lesquels 39 cas de gangrène pulmonaire, 12 cas d'abcès du poumon d'origine bronchogène et 23 cas d'abcès d'origine embolique par septicémie.

22 cas de gangrène pulmonaire succédèrent à une opération, exécutée sous anesthésie générale chez tous ces malades sauf un, et portant dans la moitié des cas sur la cavité bucco-pharyngée, ce qui montre bien le danger de l'aspiration des produits infectieux de cette origine.

Presque tous les malades atteints d'abcès pulmonaires métastatiques succombèrent. La mortalité des abcès bronchogènes fut de 58 pour 100. Par contre, la mortalité des gangrènes pulmonaires avec excavation ne fut que de 32 pour 100 quand un traitement convenable (arsénobenzol) put être mis en œuvre. La mortalité globale de la gangrène pulmonaire fut de 49 pour 100.

K. et B. analysent minutieusement, du point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique, leurs 55 cas d'infection pulmonaire fuso-spirillaire. Ils insistent sur l'importance de l'examen bactériologique pour distinguer la gangrène des abcès; jamais les bactéries pyogènes ne déterminent de gangrène tandis que la lésion caractéristique de cette dernière est due à l'association fuso-spirillaire. Celle-ci détermine soit de la gangrène, soit de la pneumonie, soit de la bronchite, soit de la pleurésie. Il importe de reconnaître précocement l'infection fuso-spirillaire, car on peut prévenir ainsi les processus gangreneux ulcéreux et extensifs qu'elle cause. L'arsénobenzol constitue la thérapeutique la plus efficace. Il faut faire un traitement intensif et injecter le médicament tous les 2 ou tous les 3 jours jusqu'à ce qu'une amélioration se manifeste. On surveillera les signes d'intoxication. En outre, on aura recours à l'oxygénothérapie et au drainage bronchoscopique, et, en cas d'insuccès, au pneumothorax ou à la phrénicectomie et aux opérations chirurgicales.

Il est à remarquer que la réaction de Wassermann se montra négative dans tous les cas d'infection pulmonaire fuso-spirillaire, sauf quand il existait une syphilis antérieure.

P.-L. Marie.

R. A. Cooke et **R. C. Grove.** ***Rapports entre l'asthme et les sinusites; résultats du traitement chirurgical*** (*Archives of internal Medicine*, t. **56**, n° 4, Octobre 1935, p. 779-789). — C. et G. soutiennent que l'asthme infectieux est le résultat d'une réaction allergique aux bactéries ou à leurs produits. Ils s'appuient sur la fréquence des manifestations allergiques dans les générations antérieures, sur les allergies concomitantes, sur la réaction éosinophile des muqueuses des sinus, sur les caractères de l'exsudat, de l'expectoration et du sang, enfin sur la reproduction de l'asthme symptomatique au moyen des injections de vaccin, et surtout d'auto-vaccin. Par contre, ils estiment qu'on ne peut se fier aux cuti-réactions aux vaccins pour déterminer le microorganisme responsable de l'asthme.

Ils font ressortir l'importance des sinusites dans la genèse de l'asthme infectieux; une sinusite représente souvent le foyer septique primitif dans cette variété d'asthme.

Les résultats donnés par le traitement chirurgical établissent la justesse de cette conception. C. et G. ont suivi pendant une période de 6 mois à 3 ans 1/2, après l'opération, 120 sujets atteints d'asthme associé à une sinusite et étudiés du point de vue allergique. Chez 70 pour 100, ils ont noté une amélioration. Ce résultat semble en rapport avec le caractère complet ou partiel de l'intervention, puisqu'il y eut 86 pour 100 d'améliorations chez les malades traités complètement contre 39 pour 100 chez ceux qui ne subirent qu'une intervention incomplète. Toutefois, il ne faut pas compter sur des résultats post-opératoires rapides; le pourcentage des améliorations croît avec le temps, probablement par suite de la disparition graduelle de l'infection des glandes bronchiques profondément situées.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

D. Lewis et **O. Geschickter.** ***Les tumeurs du glomus (angioneuromyome artériel de Masson)*** [*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 10, 7 Septembre 1935, p. 775-778]. — Ce genre de tumeurs très rares a été décrit par Masson en 1924 : le nom de tumeur du glomus a été choisi à cause de la ressemblance histologique de cette néoformation avec le glomus coccygien de Luschka. Ces tumeurs se développent aux

dépens du glomus artériel, et les localisations les plus fréquentes sont l'avant-bras, la cuisse et la région sublinguale: et surtout les doigts et le lit des ongles.

Cette tumeur est caractérisée cliniquement par un signe essentiel: la douleur locale, extrêmement vive, spontanée et provoquée. Le diagnostic est à faire avec les neurinomes, les angiosarcomes et les endothéliomes.

Malgré qu'il s'agisse d'une tumeur maligne, l'extirpation aboutit presque toujours à la guérison.

R. Rivoire.

E. Morgan et **A. Brown.** ***La cyanose des nouveau-nés*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 14, 5 Octobre 1935, p. 1085-1089). — Dans cette revue générale des causes de la cyanose du nouveau-né, M. et B. font une place à part à la cyanose par aspiration de mucosités dans l'arbre respiratoire, dont la fréquence est très grande, et dont le traitement est facile : en présence d'une cyanose chez le nouveau-né, il faut toujours y penser et débarrasser soigneusement l'enfant des sécrétions qui encombrent ses voies respiratoires. L'œdème cérébral est également fréquent, mais son diagnostic est très difficile, même par la ponction lombaire. Il en est de même pour l'hémorragie intra-cranienne. L'hypertrophie du thymus peut être une cause de cyanose, mais la preuve certaine n'en a pas encore été faite.

La tétanie du nouveau-né n'est pas une cause exceptionnelle de cyanose : il faut y penser, parce que cette forme de cyanose guérit rapidement par l'injection de sels calciques.

R. Rivoire.

J. Weir et **A. Smell.** ***Les symptômes qui persistent après cholécystectomie: leur nature et leur signification probable*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 14, 5 Octobre 1935, p. 1093-1098). — Dans ce très long et très intéressant article, W. et S. passent en revue les symptômes qui persistent après cholécystectomie chez les malades atteints de cholécystite, séquelles fréquentes et bien connues qui font que l'ablation de la vésicule biliaire n'a pas toujours un effet curatif absolu dans cette affection. Ils passent en revue la question des séquelles de la cholécystite, la stricture du cholédoque, les coliques post-cholécystectomiques, les calculs de la voie biliaire principale, et, après avoir insisté sur la fréquence des erreurs de diagnostic qui expliquent une bonne part des échecs de la cholécystectomie, ils concluent en édictant des règles concernant le choix des malades justiciables de cette opération. Cet article, qui résume l'expérience de la clinique Mayo, expérience particulièrement ancienne et considérable sur cette question, est du plus grand intérêt et mérite mieux qu'un bref compte rendu.

R. Rivoire.

D. Berlin. ***La thyroïdectomie totale dans l'asystolie irréductible; résumé de deux ans et demi d'expériences chirurgicales*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 14, 5 Octobre 1935, p. 1104-1107). — Encore un article donnant les résultats obtenus dans le traitement de l'angor pectoris et de l'asystolie irréductible par la thyroïdectomie totale. Pour l'ensemble, ces résultats sont satisfaisants puisque 70 pour 100 des malades opérés depuis un an au moins et deux ans et demi au plus ont vu leurs symptômes s'amender dans des proportions plus ou moins grandes. B. donne une série de conseils fort utiles pour le chirurgien qui voudrait se lancer dans cette branche nouvelle de la chirurgie. Il insiste sur la coopération étroite qui doit exister entre le médecin et le chirurgien, pour ce qui concerne le choix des malades, l'assistance opératoire, et les soins consécutifs. Du point de vue technique, il faut que la thyroïdectomie soit aussi totale que possible, en particulier il faut suivre avec soin le lobe pyramidal et l'expansion rétrotrachéale de la glande.

Le gros danger est la lésion bilatérale du récurrent. B. recommande de pratiquer un examen laryngoscopique après ablation de l'un des lobes thyroïdiens car il vaut mieux dans le cas de lésion du nerf renoncer à pratiquer la thyroïdectomie totale.

B. n'a pas observé un seul décès opératoire au cours de ses 62 dernières interventions.

R. Rivoire.

P. Brown. ***Résultats et dangers du traitement de l'amibiase. Résumé de l'expérience clinique de 15 années à la clinique Mayo*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 17, 26 Octobre 1935, p. 1319-1325). — Dans cet article, B. expose les résultats obtenus à la clinique Mayo dans le traitement de 834 cas d'amibiase, répartis en 15 ans.

Parmi toutes les drogues prônées pour le traitement de l'amibiase, l'émétine reste la meilleure. Mais, étant donné sa toxicité, l'expérience à la clinique Mayo a conduit à une diminution progressive des doses utilisées. A l'heure actuelle, le traitement émétique est conduit de la façon suivante : 6 centigr. d'émétine deux fois par jour pendant 3 jours ; repos de 7 jours, puis nouvelle cure de 3 jours avec deux injections journalières de 4 centigr. La dose totale est donc de 65 centigr. en tout, et avec cette dose les accidents d'intolérance sont excessivement rares. L'expérience a montré que les sujets qui n'étaient pas guéris par cette dose d'émétine (50 pour 100 environ) ne l'étaient pas davantage par des doses plus fortes.

Les arsenicaux donnent également de bons résultats : trois sels organiques sont utilisés : stovarsol, tréparsol, carbarsone. Ce dernier sel semble donner les meilleurs résultats et le moins d'accident. En règle générale, les sels arsenicaux sont administrés en même temps que l'émétine, à la dose de deux fois 25 centigr. par jour pendant 4 jours, et, s'il n'y a pas d'intolérance, on prescrit deux autres cures identiques séparées par 10 jours de repos.

Dans les cas où le traitement mixte émétine-tréparsol n'a pas débarrassé le sujet contaminé de ses amibes, on peut utiliser soit le novarsénobenzol en injection, soit des médicaments à base de quinolines oxygénées (yatren, chiniofon), à la dose de 3 gr. par jour.

R. Rivoire.

V. Wile, D. Poth et **B. Barney.** ***Paralysie générale et tabes : étude particulière des cas à développement précoce*** (*The Journal of the American Association*, vol. **105**, n° 17, 26 Octobre 1935, p. 1329-1333). — W., P. et B. ont entrepris une étude statistique des cas de tabes et de paralysie générale ayant débuté avant 30 ans. Sur une série de 436 cas de paralysie générale et de 378 cas de tabes, W., P. et B. constatèrent que 77 paralytiques généraux (18 pour 100) et 21 tabétiques (5 p. 100) débutèrent dans leur maladie avant 30 ans, ce qui est une proportion considérable, surtout pour la paralysie générale. Il est en outre intéressant de noter que ces lésions nerveuses apparurent souvent très peu de temps après l'infection, parfois 6 mois après seulement.

Comme tous les auteurs qui ont étudié les facteurs conditionnant l'apparition des syphilis nerveuses, W., P. et B. ont noté l'action néfaste des traitements insuffisants et trop peu prolongés, qui sont beaucoup plus dangereux que l'absence totale de thérapeutique.

R. Rivoire.

G. Retan. ***Le développement de l'utilisation thérapeutique du drainage spinal (périvasculaire) forcé*** [*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 17, 26 Octobre 1935, p. 1333-1340]. — R. prône depuis plusieurs années l'emploi dans diverses affections du système nerveux du drainage arachnoïdien forcé, en combinant la ponction lombaire continue et les injections intraveineuses de quantités considérables de sérum chloruré hypotonique. Il ne semble pas cependant que l'essai intensif de cette méthode, pratiquée par l'auteur et par quelques autres cliniciens, ait répondu aux espoirs primitifs. En particulier dans les méningites purulentes, aucune guérison n'a pu être obtenue par cette technique. A l'heure actuelle, l'auteur prône sa méthode surtout dans le traitement de la poliomyélite et de la chorée. Pour ce qui est de la chorée, il semble vraiment excessif de recourir à une thérapeutique aussi dramatique pour une affection qui guérit spontanément. Par contre, dans la poliomyélite, il semble que la méthode donne une proportion considérable de guérisons sans séquelle : d'ailleurs l'auteur l'a essayée dans la poliomyélite expérimentale du singe et a obtenu de bons résultats.

Le gros danger de cette méthode est la possibilité de hernie cérébelleuse, complication redoutable dont l'auteur essaye d'éviter l'apparition par une série de modifications techniques qu'il expose longuement dans cet article.

R. Rivoire.

F. Blake, M. Howard et **W. Hull.** ***Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la pneumonie lobaire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 19, 9 Novembre 1935, p. 1489-1495). — Le pneumothorax a été proposé pour traiter la pneumonie depuis plus de 20 ans, mais ce n'est que ces dernières années qu'un essai systématique de cette thérapeutique a été fait par divers auteurs anglo-américains.

Dans cet article, B., H. et H. indiquent les résultats obtenus dans 42 cas de pneumonie. D'après eux, le pneumothorax donne de très bons résultats, à condition de le faire tout au début de l'affection (dans les premières 24 heures de préférence), d'injecter assez d'air pour obtenir un collapsus pulmonaire total, et de réinsuffler très fréquemment tant que l'évolution cyclique de la maladie n'est pas terminée. En pratique, ces deux dernières conditions sont très difficiles à réaliser : il faut à la première insufflation injecter très lentement plus d'un litre d'air, pour arriver à une pression légèrement positive (+ 1 à + 2 cm.), et réinsuffler toutes les 4 heures environ, car la pression baisse très rapidement.

On conçoit la difficulté d'un pareil traitement, qui ne peut guère être envisagé en France pour une affection qui est ici bénigne, et ne peut se justifier que par la haute mortalité que donne la pneumonie dans les pays anglo-saxons. Dans les conditions énumérées par l'auteur, il semble que le pneumothorax donne de très bons résultats, le point de côté et la dyspnée disparaissant immédiatement, la température tombant à la normale et s'y maintenant : mais une récidive survient toujours lorsqu'on suspend les réinsufflations ou qu'on les espace trop. Il est donc évident que l'action du pneumothorax dans la pneumonie est d'ordre purement mécanique, tout à fait comparable à son effet thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire.

R. Rivoire.

W. Campbell. ***Une analyse de malades survivant à des tumeurs malignes primitives des os*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 19, 9 Novembre 1935, p. 1496-1502). — C., dans cet intéressant travail, analyse les observations de 14 malades guéris depuis



à base de :

— POUDRE DE MUQUEUSE INTESTINALE
— EXTRAIT BILIAIRE
— FERMENTS LACTIQUES
— AGAR-AGAR

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF

SÉRENOL

RÉGULATEUR DES TROUBLES D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE

ÉTATS ANXIEUX - ÉMOTIVITÉ - INSOMNIES

DYSPEPSIES NERVEUSES

2 FORMES LIQUIDE ET COMPRIMÉS

FORMULE

Peptones polyvalentes	0.03	Extrait fluide d'Anémone	0.05
Hexamethylène-tétramine	0.05	Extrait fluide de Passiflore	0.10
Phényl-éthyl-malonylurée	0.01	Extrait fluide de Boldo	0.05
Teinture de Belladone	0.02	pour une cuillerée à café	
Teinture de Cratægus	0.10		

DOSES. de 1 à 3 cuillerées à café ou de 2 à 5 comprimés par 24 heures

LABORATOIRES LOBICA _ 25, Rue Jasmin _ PARIS. (16e)

3 à 5 ans de tumeurs malignes des os. Cet article est particulièrement intéressant parce qu'il montre que le pronostic de ces tumeurs, bien que grave, ne l'est pas autant cependant qu'on le croit habituellement, à condition qu'un diagnostic et un traitement précoce soit effectué.

De toutes les tumeurs osseuses, la plus maligne est certainement le sarcome ostéogénique ostéolytique des jeunes, qui aboutit à la mort dans 100 pour 100 des cas, quelle que soit la rapidité de l'intervention radicale. Chez l'adulte, la même variété de tumeur est un peu moins grave, puisque l'auteur a observé trois guérisons sur neuf cas.

Le chondromyxosarcome est nettement plus bénin : l'auteur en a vu deux cas seulement, tous deux guéris.

Il n'en est pas de même des fibrosarcomes périostiques, dont 3 sur 4 aboutirent à la mort.

Le sarcome d'Ewing est extrêmement grave, C. n'a observé que 3 guérisons sur 21 cas traités par amputation et radiothérapie.

R. Rivoire.

C. Doan, G. Curtis et **B. Wiseman.** ***L'équilibre hémolytopoiétique et la splénectomie d'urgence*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, nº 20, 16 Novembre 1935, p. 1567-1575). — Pour D., C. et W., la rate joue un rôle essentiel dans le maintien de l'équilibre entre hémolyse et hémopoïèse : dans l'ictère hémolytique congénital notamment, il semble que cet organe joue un double rôle, inhibant l'érythropoïèse par la sécrétion de toxines, et accentuant l'hémolyse. L'ablation de la rate est donc indiquée chaque fois qu'il existe un trouble de l'équilibre hémolytopoiétique qui peut être attribué sans hésitation à un trouble fonctionnel de cet organe. Dans l'ictère hémolytique en particulier, la splénectomie est une véritable intervention d'urgence, qui doit être pratiquée lorsqu'une crise d'hémolyse intense menace la vie du malade, et cela quel que soit l'intensité de l'anémie : l'amélioration obtenue est en effet dramatique et instantanée, le chiffre des hématies remontant de plus d'un million dans les premières minutes, sans doute par suite de l'auto-transfusion consécutive à la manipulation de la rate qui se contracte avant son ablation. D'autre part, par suite de la disparition de l'inhibition de l'hématopoïèse et de la suppression de l'hyperhémolyse, on voit dans les jours qui suivent l'intervention une ascension relativement rapide du chiffre des hématies, qui aboutit bientôt à la guérison complète.

Dans le purpura thrombopénique, il existe une autre variété d'altération de l'équilibre hémolytopoiétique, portant non plus sur les hématies, mais sur les plaquettes, dans laquelle le rôle de la rate est incontestable. La splénectomie est donc ici aussi indiquée, et l'ascension du chiffre des plaquettes sur la table d'opération est souvent aussi dramatique que celui des hématies dans l'ictère hémolytique.

R. Rivoire.

R. Freyberg. ***Le choix et l'interprétation du test d'insuffisance rénale*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, nº 20, 16 Novembre 1935, p. 1575-1580). — F. a entrepris une étude intéressante pour vérifier la valeur des principaux tests cliniques de l'insuffisance rénale, en particulier de l'épreuve de concentration des urines, de l'élimination provoquée de l'urée, et de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine. Ses conclusions sont nettement en faveur de l'épreuve de la concentration des urines, qui est la seule épreuve qui étudie la capacité fonctionnelle maxima du rein, et dont la sensibilité est par suite plus grande que celle des autres épreuves, sauf en cas d'œdème.

L'épreuve de la phénolsulphonephtaléine est la moins précise de ces trois épreuves : cependant, lorsque l'élimination du colorant est normale, il est probable qu'il n'y a pas d'altérations rénales : par contre, une diminution de l'élimination ne signifie pas fatalement qu'il y ait lésion de l'organe, et il faut alors s'adresser aux autres tests pour vérifier cette importante question.

R. Rivoire.

N. Keith et **M. Bringer.** ***Action diurétique des sels de potassium*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, nº 20, 16 Novembre 1935, p. 1584-1591). — K. et B. ont étudié l'action diurétique des fortes doses de sels de potassium : nitrate, chlorure, citrate et bicarbonate. Ils donnaient à leurs malades 10 à 12 gr. de sel par jour, en capsules glutinisées.

L'administration de ces doses considérables ne détermine qu'une ascension très faible du potassium sanguin, qui ne monte en moyenne que de 8 à 10 milligr. Par contre, on observe régulièrement une diurèse notable, avec élimination accrue des chlorures, aussi bien chez les sujets normaux que chez les œdémateux.

Ces doses de potassium sont d'ordinaire très bien tolérées. Cependant, étant donné que le K est un poison du cœur, il ne faut l'employer qu'avec prudence chez les cardiaques.

L'action diurétique du nitrate de K est supérieure à celle des autres sels potassiques, parce que l'action du radical nitrique se superpose à celle de l'ion K. L'adjonction de diurétiques mercuriels augmente considérablement l'action des sels potassiques.

R. Rivoire.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

K. C. Smithburn. ***Morphologie des colonies de bacille tuberculeux. Rapports entre la virulence et l'aspect des colonies*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **62**, nº 5, Novembre 1935, p. 645-655). — S. a isolé des souches humaines de bacille tuberculeux ; elles ne différaient que peu dans leurs propriétés pathogènes et aucune ne présenta de variation marquée de virulence, comparativement à une souche de bacille humain cultivée depuis longtemps au laboratoire. Par contre, 12 souches de bacille bovin cultivées depuis un temps variable présentèrent des variations de virulence bien plus grandes, les plus récemment isolées étant en général les plus virulentes. La culture *in vitro* atténue la virulence, mais à un degré variable suivant les souches.

L'étude des cultures provenant des animaux inoculés a montré que, dans le cas du bacille bovin, la virulence est liée à trois phénomènes : le nombre de bacilles colorables dans les tissus des animaux inoculés ; le nombre de bacilles décelé par les cultures provenant des tissus ; la proportion des colonies lisses (S) dans ces cultures. Toutes les cultures du type humain ou bovin provenant des animaux inoculés présentèrent deux ou trois types de colonies : lisse, rugueux (R) et intermédiaire. En général, le pourcentage des colonies S est directement proportionnel à la virulence. Toutefois quelques colonies S se rencontrèrent dans des souches peu ou pas virulentes. S. a vu une souche aviaire qui avait perdu sa virulence, tout en conservant son type S, ce qui indique que, bien que la pathogénicité soit d'ordinaire liée à la présence du type S de colonies, il n'en est pas toujours nécessairement ainsi. Il existe des variantes S dépourvues de virulence.

Comparant l'effet de la même souche humaine sur des lapins et sur des cobayes, S. a constaté que la résistance originelle (du lapin) allait de pair avec le pouvoir de dissocier les bacilles inoculés en une plus grande proportion de formes R et de les détruire ensuite. Ce pouvoir fait défaut chez les animaux naturellement réceptifs (cobaye).

P.-L. Marie.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

P. A. Gray et **H. I. Burtness.** ***Céphalées par hypoglycémie*** (*Endocrinology*, t. **19**, nº 5, Octobre 1935, p. 549-560). — Frappés de voir les crises de migraine survenir à jeun chez certains sujets et de les voir empêchées de se produire ou améliorées par l'ingestion d'hydrates de carbone, G. et B. ont dosé la glycémie de 22 migraineux typiques lors de l'accès et trouvé des chiffres compris entre 60 et 90 milligr. p. 100.

Ils ont pu reproduire chez ces sujets la céphalée caractéristique en produisant de l'hypoglycémie par injection d'insuline. Les courbes de tolérance au glycose de ces sujets étaient du type aplati. L'épreuve de l'hypoglycémie provoquée par injection intraveineuse d'insuline (0 unité 01 par kilogramme de poids) s'est montrée une méthode simple, sûre et rapide de mesurer la réaction de l'organisme à l'insuline. Lors de cette épreuve, on constate chez les diabétiques une chute plus forte de la glycémie au-dessous du niveau existant à jeun que chez les sujets normaux, et chez les sujets hypoglycémiques, une chute moindre.

Dans cette variété de céphalée on prescrira de petits repas riches en hydrates de carbone et, chez les sujets souffrant de céphalée au réveil, des jus de fruits sucrés vers 4 heures du matin.

P.-L. Marie.

M. B. Gordon, L. Kuskin et **J. Avin.** ***Arriération mentale associée à des états endocriniens et non endocriniens. Influence de l'opothérapie*** (*Endocrinology*, t. **19**, nº 5, Octobre 1935, p. 561-579). — G., K. et A. ont étudié 958 enfants dont 666 avaient de l'arriération mentale ; parmi ceux-ci 40 pour 100 présentaient des troubles endocriniens. La moitié des enfants ayant des troubles endocriniens avaient une mentalité normale ; les autres étaient en retard, l'arriération se rencontrant le plus souvent par ordre de fréquence décroissante dans le myxœdème, l'hypothyroïdie, l'obésité hypophysaire, l'insuffisance antéhypophysaire de croissance et le goitre.

On constatait chez les arriérés atteints de troubles endocriniens un retard dans la marche, la parole et l'éruption dentaire, par rapport aux enfants mentalement normaux appartenant aux mêmes groupes endocriniens. Presque tous les enfants myxœdémateux avaient du retard intellectuel et du retard dans les diverses directions du développement physique.

D'après ces observations, l'arriération mentale, quelle que soit son origine, s'associe à un retard à la fois dans le développement physique et intellectuel, si l'arriération mentale survient durant la première année. L'arriération mentale, associée au myxœdème et à l'hypothyroïdie, tend à se montrer surtout dans les deux premières années de la vie tandis que celle qui s'associe aux troubles hypophysaires survient de préférence après 2 ans. L'apparition simultanée de l'arriération mentale et de la dyscrasie endocrinienne se rencontra surtout dans le myxœdème, moins souvent dans l'hypothyroïdie et plus rarement encore dans les troubles hypophysaires. L'arriération mentale se montre plus fréquemment à la suite d'une maladie aiguë quand elle s'associe aux troubles hypophysaires et à l'hypothyroïdie que lorsqu'il s'agit du myxœdème. Une histoire de traumatisme ne se rencontra que dans le groupe hypophysaire.

L'hérédo-syphilis ne jouait qu'un rôle insignifiant (5 pour 100) dans la production des troubles endocriniens ; elle n'intervenait que dans 8 p. 100

des cas d'arriération mentale sans atteinte endocrinienne.

En somme, d'après ces observations, il est impossible d'établir un rapport de causalité net entre l'affection endocrinienne et l'arriération mentale; celle-ci ne semble pas être nécessairement la conséquence d'un trouble endocrinien.

L'opothérapie (poudre de thyroïde et d'hypophyse) fut mise en œuvre chez 317 arriérés dont la moitié avaient en outre des troubles endocriniens. On y joignit une alimentation convenable, des mesures éducatives, une amélioration des conditions sociales et le traitement des maladies associées.

Le régime, l'amélioration des conditions sociales et le traitement des états morbides associés semblèrent n'agir en aucun cas sur l'état mental. L'amélioration de ce dernier relève donc ou de l'opothérapie ou des mesures éducatives. Celles-ci ont une action infiniment plus grande que l'opothérapie sur l'état mental. En cas d'arriération associée à des troubles endocriniens, l'amélioration continue la plus marquée s'observa dans les troubles thyroïdiens (58 pour 100 de bons résultats contre 30 pour 100 dans les états d'insuffisance hypophysaire). L'opothérapie ne donna jamais d'amélioration continue dans l'arriération mentale ne s'accompagnant pas de troubles endocriniens. Le mieux qu'on puisse espérer alors est un résultat passager.

En somme, dans le traitement des troubles endocriniens et non endocriniens associés, on peut attendre de l'opothérapie une amélioration des symptômes endocriniens, mais très peu d'effet sur l'arriération mentale et sur les troubles n'ayant pas une origine endocrinienne.

P.-L. Marie.

ORVOSI HETILAP
(Budapest)

A. Dzsinich. ***Le traitement des états allergiques (asthme bronchique, urticaire) par l'histamine*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, nº 51, 21 Décembre 1935). — Après avoir relaté les travaux se rapportant à l'analogie du choc anaphylactique et du choc obtenu par l'histamine, ainsi que ceux traitant de la relation entre l'histamine et l'allergie, D. expose ses propres expériences.

L'auteur a traité 15 cas d'asthme et 3 cas d'urticaire chronique par des injections d'histamine en série, commençant par une dose faible de 0,00001 milligr. en injection intradermique et continuant par des doses croissantes, faites en injections sous-cutanées, jusqu'à la dose de 0,1 milligr., qu'il conseille de ne pas dépasser sous peine de provoquer des accès graves. D. distingue des formes graves d'asthme, où la dose initiale, administrée en injection intradermique, fut 0,00001 mg, et des formes légères où il put commencer la désensibilisation par une dose plus forte de 0,0001 mg toujours intradermique. A partir de la seconde injection, faite par voie sous-cutanée, ces doses furent croissantes jusqu'à 0,01 mg dans les 2 formes Les injections ont été faites tous les deux jours. Après avoir effectué 10-12 injections dans une seule série de cure, parfois même 18-20 ou dans 1 ou 2 cas 22-30 injections P. obtint des améliorations manifestes. Sur 15 cas d'asthme traités D. rapporte 12 guérisons et seulement 3 insuccès. Dans les 3 cas d'urticaire chronique il obtint 2 améliorations et un échec.

Balasffy-Blasko.

Y. Lendvai. ***Données sur la pathologie et la thérapeutique de la maladie de Cushing*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, nº 52, 28 Décembre 1935). — Observation intéressante d'une jeune fille de 19 ans atteinte de syndrome de Cushing. La base du traitement institué fut surtout opothérapique. L'auteur en résume les grands traits comme suit : l'administration de corps thyroïde fut sans effet; l'action des préparations d'ovaire faisait tomber les poils, ne touchant pas à l'ostéoporose, qui, par contre, s'est mise à évoluer; l'hormone parathyroïdienne, donnée surtout avec du Ca, améliorait les lésions osseuses, l'érythrémie et la leucocytose disparaissaient, le métabolisme basal revenait à son chiffre normal, la pression sanguine baissait. Les poils, par contre, repoussaient, les autres troubles n'ont pas été influencés.

Au point de vue du diagnostic différentiel L. passe en revue quelques syndromes endocriniens se manifestant par des signes semblables, comme ceux dus aux tumeurs surrénaliennes ou ovariennes, le syndrome adiposo-génital de Babinski-Frölich, ainsi que quelques affections osseuses : ostéomalacie, maladie de Recklinghausen.

Les examens de laboratoire furent intéressants. Le taux du Ca sanguin ainsi que la teneur en P anorganique du sang avaient une valeur normale. Résultat intéressant au point de vue du métabolisme calcaire. La parathyroïde agissait favorablement sur les troubles de ce dernier.

Le taux du prolan urinaire avait un chiffre normal. Le prolan tissulaire, représenté par le taux du prolan contenu dans le sang, n'a pas montré de changement. Ce qui est plus curieux, c'est que la teneur en folliculine du sang et des urines s'est montrée élevée, malgré que la malade ait été aménorrhéique depuis deux ans. Il se peut qu'outre les glandes génitales d'autres tissus soient capables de produire de la folliculine.

L'hypertension a été interprétée par Cushing comme dépendant d'une hyperproduction de pitressine. La sensibilité de la malade à la glanduitrine (spécialité d'hormone post-hypophysaire) était diminuée, car après injection intraveineuse, de 0,04 de glanduitrine, la pression sanguine n'a point changé. Ceci confirme donc l'interprétation de Cushing. De même, la cause de la glycosurie doit être cherchée dans la production d'une hormone anti-insulinique, puisque l'insuline reste sans effet.

D'après Cushing, l'ostéoporose serait due à l'hyperparathyroïdie; pour L. elle relève plutôt de l'hypoparathyroïdie comme le pense aussi Buchem. L'hormone parathyroïdienne amena une amélioration.

Pour Cushing et Bauer, la lésion primaire serait constituée par l'adénome hypophysaire et l'hyperplasie de la cortico-surrénale; en face de cette opinion Krauss émet l'hypothèse suivant laquelle le trouble du métabolisme des graisses constitue la lésion primaire, tandis que l'adénome et l'hyperplasie cortico-surrénalienne ne seraient que secondaires.

Les faits expérimentaux de L. semblent être favorables à cette dernière manière de voir.

Balasffy-Blasko.

MAGYAR ORVOSI ARCHIWUM

L. Schéda. ***Le taux du glutathion du muscle après section de son nerf moteur*** (*Magyar Orvosi Archiwum*, t. **36**, nº 5, 1935). — Les taux de glutathion réduit et oxydé augmentent dans le muscle paralysé après section de son nerf moteur. Le rapport réciproque des taux de glutathion réduit et oxydé sera le même après section qu'il était avant cette opération. Cet accroissement se fait de la même façon chez les animaux à sang froid et chez ceux à sang chaud; en plus il est d'autant plus intense qu'il y a de temps entre la section et l'examen

Balasffy-Blasko.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

C. Angeleri, S. Battistini et **A. Robecchi.** ***Les sels d'or en suspension huileuse dans le traitement des maladies articulaires chroniques*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **40**, nº 3, Septembre 1935, p. 541-604). — A., B. et R. ont traité 40 malades atteints d'affections poly-articulaires chroniques par des injections progressivement croissantes de sels d'or en suspension huileuse, débutant par 1 centigr. et allant jusqu'à 10 centigr. avec le fosfocrisolo I. C. I. et 40 centigr. avec le solganal B: l'intervalle entre les injections, d'abord de 2 à 3 jours, était peu à peu porté à une semaine; il est difficile d'indiquer un schéma de traitement, les réactions générales et locales étant des plus variables; la dose totale a varié de 1 à 4 gr. par série, une série n'étant pas toujours suffisante pour faire disparaître les douleurs. Dans 3 cas, le traitement a dû être interrompu en raison de manifestations cutanées ou de stomatite; il n'y a pas eu de manifestation rénale ou sanguine; les variations du nombre des globules rouges et blancs ont été dans l'ensemble peu importantes; les réactions générales et surtout les réactions articulaires locales n'ont pas été rares, mais il ne semble pas qu'il y ait eu de rapport entre leur intensité et l'efficacité du traitement. Le traitement aurique a donné à A., B. et R. des résultats rarement obtenus avec les autres thérapeutiques et souvent dans des cas où celles-ci avaient échoué; en général, l'amélioration des douleurs a été rapide, survenant après un total de 0 gr. 50 ou même après 3 ou 4 injections et la disparition, qu'il y ait eu ou non exacerbation passagère, après un total de 1 gr. 20. Quelques malades ont été revus 12 ou 18 mois après la fin des injections, avec un état général amélioré, ayant souvent pu reprendre presque complètement leurs anciennes occupations et ne souffrant plus ou ne ressentant plus que de vagues douleurs sans signes objectifs de réaction périarticulaire.

Lucien Rouquès.

BOLLETTINO
(Milan)

G. Filippini. ***Le volvulus du sigmoïde*** (*Bollettino*, t. **9**, nº 2, Avril-Juin 1935, p. 67-248). — L'article de F. est en réalité une importante monographie sur le volvulus du sigmoïde, qui est étudié sous tous ses aspects : embryologie, anatomie, physiologie normale de l'anse sigmoïde, anatomie pathologique, mécanisme de la torsion, signes cliniques, diagnostic, traitement ; l'importante documentation réunie empêche d'en donner une analyse succincte ; on n'indiquera que les résultats obtenus au pavillon de chirurgie d'urgence de l'Institut hospitalier de Milan par F. et les chirurgiens de l'hôpital, en particulier Negroni et Pizzagalli, d'après 25 interventions concernant 23 malades dont deux ont présenté deux crises de volvulus. La mortalité globale est lourde : 47,8 pour 100, mais les malades n'ont été le plus souvent admis à l'hôpital qu'à une phase avancée et peu favorable de l'évolution. Dans 12 cas, l'intervention a été complète : 2 cas de détorsion de l'anse avec pexie entéro-mésentérique, avec 2 récidives ; 3 cas de résection en un temps avec deux guérisons, 1 mort ; 7 cas de résection en 2 temps avec 5 guérisons et 2 morts. Dans 13 cas, l'intervention, du fait de l'état des malades, n'a pu être qu'incomplète : extériorisation, détorsion de l'anse, résection sans qu'on puisse rétablir la continuité ou fermer l'anus ; 8 malades sont morts dans les 48 heures et un au 10e jour ; 2 ont gardé un anus définitif sur le sigmoïde ; chez un 3e,

l'anus a pu être fermé ultérieurement ; chez un 4e, il a fini par se fermer spontanément. La résection en un ou deux temps a donné les résultats les meilleurs ; les interventions plus simples ne sont pas à écarter *a priori* et peuvent avoir des indications; bien que cela paraisse paradoxal, la colopexie ou la coloplicature nécessitent des conditions locales et générales meilleures que la résection.

LUCIEN ROUQUÈS.

IL POLICLINICO [Sez. medica] (Rome)

A. Fabris. ***Sur la pleurésie à cholestérine ; contribution clinique et expérimentale*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. **42**, n° 10, 1er Octobre 1935, p. 575-590). — F. rapporte l'observation d'un homme de 36 ans porteur d'une pleurésie à cholestérine, qu'il considère comme la transformation d'une pleurésie avec épanchement survenue 15 années auparavant et qui avait paru guérie, la matité ayant été mise sur le compte d'une symphyse. Un pyo-pneumothorax putride survenu après une thoracentèse et une injection d'air a eu peu de retentissement sur l'état général, peut-être du fait de l'épaississement de la plèvre; la guérison définitive est survenue après évacuation de l'épanchement par thoracotomie et lavages répétés; les ponctions simples ou avec lavages ne guérissent pas les pleurésies à cholestérine et la thoracotomie est considérée par F. comme indispensable.

La caractéristique anatomique de ces pleurésies est le gros épaississement scléreux de la plèvre avec phénomènes dégénératifs et nécrobiotiques de la paroi; elles sont comparables à l'hydrocèle cholestérinique. Le problème pathogénique ne consiste pas tant à élucider l'origine de la cholestérine sans doute variable suivant les cas qu'à chercher les facteurs qui permettent sa cristallisation; il semble que les échanges entre la séreuse et le sang sont très réduits et que la cavité pleurale est comme exclue de l'économie; la plèvre normale, ainsi qu'on peut le constater chez l'animal, a peu de pouvoir de réabsorber la cholestérine cristallisée qui est dans sa cavité; comme dans les pleurésies à cholestérine les échanges avec le sang sont supprimés, le pouvoir cholestérinolytique du sang ne peut pas intervenir; on comprend donc que la cholestérine se précipite et persiste indéfiniment dans la cavité.

LUCIEN ROUQUÈS.

IL POLICLINICO [Sezione pratica] (Rome)

L. Paterni et **P. Maroncelli.** ***Sur l'épreuve biologique de Gordon dans la maladie de Hodgkin et d'autres affections ganglionnaires*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **42**, n° 41, 14 Octobre 1935, p. 1987-1996). — P. et M. ont vérifié que l'injection dans les veines de l'oreille de lapins d'une suspension en bouillon de ganglions présentant les lésions de la maladie de Hodgkin provoquait chez les animaux une méningo-encéphalite mortelle ou curable; mais l'épreuve de Gordon n'a pas d'intérêt pratique, car elle est dépourvue de spécificité; les mêmes résultats sont obtenus avec des ganglions tuberculeux, des ganglions ou des leucocytes de leucémie myéloïde; la méningo-encéphalite est caractérisée par des infiltrats périvasculaires, des zones de nécrose, des altérations régressives des neurones cérébraux et médullaires; ces lésions sont d'ailleurs variables et non proportionnelles à l'importance du syndrome clinique; il n'a pas été possible de réaliser des passages d'animal à animal; les animaux qui ont survécu ne présentent aucune propriété neutralisante dans le sérum. L'hypothèse de l'origine infectieuse de la méningo-encéphalite ne repose sur aucun argument décisif et semble peu vraisemblable.

LUCIEN ROUQUÈS.

MINERVA MEDICA (Turin)

G. Ferro-Luzzi. ***Ictère de stase et hyperazotémie*** (*Minerva medica*, 26e année, t. **2**, n° 40, 6 Octobre 1935, p. 446-448). — Ayant étudié 8 malades de 35 à 74 ans, présentant des ictères d'étiologie variée (ictère infectieux, ictère syphilitique, foie cardiaque, cancer, lithiase), F. a constaté chez tous, un certain temps après le début de l'affection, une hyperazotémie allant de 0 gr. 68 à 2 gr. 80; la constante d'Ambard était augmentée et l' « urea clearance » diminuée. Appliquant les formules de Rehberg, F. classe ces hyperazotémies parmi les hyperazotémies de réabsorption rétrograde.

LUCIEN ROUQUÈS.

L. Lami. ***Thrombophlébite des sinus caverneux de nature typhique*** (*Minerva medica*, 26e année, t. **2**, n° 44, 3 Novembre 1935, p. 555-559). — L. rapporte l'observation d'un homme de 39 ans qui présenta une céphalée violente avec vomissements, quelques légères douleurs abdominales et une fièvre progressive: le 5e jour, apparurent les signes oculo-palpébraux d'une thrombose bilatérale des sinus caverneux et des veines ophtalmiques avec phlegmon de l'orbite; le sérodiagnostic fut positif au 1/160e et du bacille d'Eberth put être cultivé à partir du pus orbitaire; la mort survint au 32e jour; l'autopsie montra une leptoméningite diffuse avec ostéite purulente du corps du sphénoïde, de l'ethmoïde, des rochers, des maxillaires supérieurs et un abcès rétro- et latéro-pharyngé. L. pense que le processus inflammatoire s'est diffusé du rhinopharynx aux sinus par les multiples connexions vasculaires qui existent entre le pharynx et la circulation veineuse endocranienne; il estime qu'il s'agit d'une complication au cours d'une fièvre typhoïde, mais en l'absence d'autopsie viscérale, le diagnostic de fièvre typhoïde est peu vraisemblable à la lecture de l'observation, tous les signes pouvant s'interpréter facilement par la seule lésion des sinus et des os.

LUCIEN ROUQUÈS.

LA RIFORMA MEDICA (Naples)

G. Amalfitano. ***Les leishmanioses cutanées et les problèmes inhérents qui ne sont pas encore résolus*** (*La Riforma medica*, t. **51**, n° 36, 7 Septembre 1935, p. 1351-1358). — Les leishmanioses cutanées ne se trouvent pas seulement dans l'extrémité méridionale de l'Italie comme on l'a longtemps pensé; Monacelli en a découvert un foyer important dans les Abruzzes et les 8 malades de A. proviennent de cette région. Il est indispensable de penser au bouton d'Orient en présence d'une lésion cutanée isolée, circonscrite, parfois ulcérée, de couleur rouge-violacée, formée essentiellement par une infiltration de consistance à la fois dure et élastique de la peau et parfois des plans sous-jacents; cette lésion siège sur les régions découvertes, mais A. en a observé par exception une sur le dos; elle est parfois multiple, mais les lésions apparues secondairement guérissent vite et spontanément alors que la lésion initiale est chronique et n'a souvent aucune tendance à la guérison spontanée; la récidive est fréquente surtout quand il s'agit d'un bouton isolé ou du premier bouton apparu, même après traitement par l'excision ou la cautérisation; le tartre stibié est inefficace contre la leishmaniose tropicale ou cutanée, argument important en faveur de la spécificité de cette forme, la leishmania Donovani du kala-azar de l'adulte, la leishmania infantum analogue à la précédente mais donnant la leishmaniose viscérale infantile méditerranéenne et la leishmania brasiliensis de la leishmaniose cutanéo-muqueuse réagissant toutes les trois au traitement antimonial. La transmission se fait probablement par contact direct ou par contamination indirecte par des phlébotomes (Phl. Papatasii et Phl. Sergenti) et peut-être par des mouches; les réservoirs de virus sont constitués par les chiens.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Costadoni. ***Recherches sur la réaction d'Henry pour la malaria*** (*La Riforma medica*, t. **51**, n° 39, 28 Septembre 1935, p. 1467-1475). — Les recherches de C. l'amènent à conclure que la réaction d'Henry pour le paludisme est très sensible et d'une grande spécificité; ses résultats sont les suivants : 32 cas de paludisme en activité avec plasmodium dans le sang, 32 réactions positives; 8 cas de paludisme récent sans parasites dans le sang mais avec hépato-splénomégalie, 7 réactions positives et une dissociée; 14 cas de paludisme ancien sans signes cliniques ou hématologiques, 10 réactions négatives, 2 positives, 1 douteuse, 1 dissociée; 2 cas de malaria thérapeutique avec apparition de la réaction au 4e accès dans l'un et au 6e dans l'autre; 30 sujets sains, 30 réactions négatives; 100 sujets atteints de maladies variées, 5 réactions positives seulement (2 cas de syphilis secondaire, 2 cas d'ictère hémolytique chronique, 1 cas de spirochétose ictéro-hémorragique).

LUCIEN ROUQUÈS.

A. M. Cicchitto. ***Le signe de la flexion spontanée ou provoquée des membres inférieurs et les réflexes cutanés abdominaux dans l'amibiase et d'autres parasitoses intestinales*** (*La Riforma medica*, t. **51**, n° 41, 12 Octobre 1935, p. 1548-1555). — Monnerot-Dumaine a signalé que chez les enfants atteints d'amibiase intestinale aiguë, on observait une flexion de la cuisse gauche soit spontanée, soit provoquée par la pression de la fosse iliaque gauche; la cuisse droite se fléchit parfois également; la pression de la fosse iliaque droite ne détermine pas de mouvements des cuisses. M. Léger a montré que dans les formes basses de dysenterie, les réflexes cutanés abdominaux inférieurs étaient vifs des deux côtés et les réflexes moyens et supérieurs plus vifs à gauche qu'à droite. C. a trouvé avec une certaine fréquence le signe de la cuisse dans l'amibiase aiguë de l'enfant, assez rarement dans l'amibiase chronique; il paraît en rapport avec les douleurs et s'atténue en même temps que la symptomatologie douloureuse. Le signe de Léger existe toujours quand le signe de la cuisse est positif et peut exister parfois en son absence. Le signe de la cuisse est souvent moins net chez l'adulte que chez l'enfant.

Les signes de la cuisse et de Léger manquent toujours dans les entérites à Chilomastix et à Blastocystis; ils peuvent exister dans les entérites à Entamoeba Coli et à Trichomonas; le signe de la cuisse s'observe parfois dans la lambliase de l'enfant, jamais dans celle de l'adulte; les réflexes abdominaux sont souvent plus vifs à droite qu'à gauche chez les enfants et chez les adultes; dans la balantidiose, les réflexes abdominaux sont vifs dans toutes les formes, le signe de la cuisse se comporte comme dans la lambliase. Dans les helminthiases, le signe de la cuisse manque toujours et les réflexes abdominaux, surtout chez l'enfant, sont souvent vifs des deux côtés.

LUCIEN ROUQUÈS.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA
(Florence)

A. Giannoni. ***Les syndromes hémorragiques des leucémies*** (*Rivista di clinica medica*, t. **36**, nos 11-12, 15-30 Juin 1935, p. 387-429). — Les manifestations hémorragiques des leucémies sont loin de dépendre toujours, comme on l'a soutenu autrefois, de la présence d'un infiltrat leucémique; d'autre part, le syndrome hémorragique ne correspond pas toujours à celui de l'hémogénie. Sur 13 cas, G. en a observé 3 où il n'y avait que des manifestations cutanées, à l'exclusion de manifestations sanguines, le purpura étant provoqué par des actions physiques prolongées ou par le lacet; dans les autres, le tableau se rapprochait de celui de la maladie de Werlhof, mais était souvent atypique, le facteur thrombopénique étant combiné avec le facteur vasculaire ou avec le facteur tissulaire ou avec ces deux facteurs à la fois. La prédilection des manifestations hémorragiques pour certains organes n'est pas pathognomonique des leucémies et s'observe dans des syndromes divers.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA
(Milan)

L. Loi. ***Les réticulomes de l'estomac*** (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. **6**, n° 3, Mai-Juin 1935, p. 357-370). — Une femme de 35 ans, enceinte de 8 mois, présentant depuis peu quelques légers troubles digestifs, meurt en quelques heures d'une hématémèse formidable; l'autopsie montre une tumeur de la grande courbure de l'estomac; du volume d'un œuf de poule, elle s'est développée dans la sous-muqueuse sans envahir les autres tuniques de l'estomac ni donner de métastases; une petite ulcération de la muqueuse à proximité de la tumeur est le point de départ de l'hémorragie. Histologiquement, il s'agit d'une tumeur très rare à ce niveau, d'un syncitio-réticulome formé par des cellules réticulaires s'unissant en syncitium; des fibrilles réticulaires parcourent presque toute l'étendue de la tumeur et entourent presque toutes les cellules; la tumeur ne comporte par d'éléments lymphoïdes ou de plasmazellen ; aucune anomalie n'a été constatée dans le tissu réticulo-endothélial de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques.

L. réserve le nom de réticulome aux tumeurs développées aux dépens des éléments du système réticulo-endothélial qui ont un aspect réticulaire typique; il appelle syncitio-réticulome la forme la plus immature, réticulo-sarcome la forme où s'observe par endroits un aspect sarcomateux typique; il maintient, pour les affections qui tout en dérivant du système réticulo-endothélial n'ont pas une structure réticulaire typique, les anciennes dénominations de périthéliome, lymphome, myélome, etc., etc.

Lucien Rouquès.

C. Fittipaldi. ***Les néoplasies du système réticulo-histiocytaire*** (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. **6**, n° 3, Mai-Juin 1935, p. 395-441). — Le mémoire de F. est basé sur deux cas de tumeurs du système réticulo-histiocytaire: le premier est celui d'un homme de 20 ans chez qui fut enlevée une grosse tumeur de l'omoplate à marche rapide et dont l'histoire ultérieure est inconnue; le deuxième est celui d'une femme de 22 ans, présentant des tumeurs au niveau de toutes les zones ganglionnaires superficielles et profondes, des os du crâne, du bassin et de la 10e côte; l'examen histologique a montré dans les deux cas un aspect très voisin : tumeur nettement mésenchymateuse formée par de gros éléments à protoplasme clair, lamellaire, homogène ou spongieux, à noyau clair et vésiculeux ayant un fin réseau de chromatine; ces cellules étaient réunies en quelques points seulement en syncitium, prenaient une disposition endothéliale et étaient en connexion étroite avec un fin réticulum de pré-collagène.

Sous le nom de tumeurs du tissu réticulo-endothélial sont rangées des proliférations blastomateuses dont le polymorphisme structural est lié au potentiel évolutif de la cellule-mère et surtout au polymorphisme de morphologie et de fonction des éléments qui composent le tissu réticulo-endothélial; des caractères habituels sont l'aspect mésenchymateux des cellules, la tendance évolutive des éléments néoplasiques vers un type pluricellulaire histioïde, endothélial ou hématique, la propriété fibrillogène et plus rarement l'activité phagocytaire. Malgré ces caractères qui sont utiles sans être décisifs, le diagnostic histologique est souvent difficile, non seulement pour distinguer les tumeurs réticulo-endothéliales des autres tumeurs conjonctives, mais surtout pour les différencier des affections hyperplasiques du même système; cette distinction est rendue délicate par l'existence de formes de passages et par l'association possible des tumeurs avec des lésions du type hyperplasique ou leucémique ou avec des processus néoplasiques d'autre origine.

Lucien Rouquès.

FUKUOKA ACTA MEDICA
(Fukuoka)

C. C. Lee. ***Altérations histo-pathologiques du cervelet dans 30 cas de paralysie générale*** (*Fukuoka Acta Medica*, Vol. **28**, n° 11, Novembre 1935). — Les lésions du cervelet ont été beaucoup moins étudiées que celles du cerveau dans la paralysie générale.

Les lésions méningées sont discrètes, constituées par un léger épaississement méningé, une infiltration cellulaire modérée, parfois des hémorragies.

La couche moléculaire montre une hypertrophie et une hyperplasie très marquées des fibres gliales de Bergmann dans 43 pour 100 des cas, spécialement dans ceux où les cellules de Purkinge sont très lésées. A noter une infiltration cellulaire légère, de la sclérose des dendrites des cellules de Purkinge, de la chromatolyse des petites cellules nerveuses, de la sclérose des cellules en corbeille.

Les cellules de Purkinge sont très lésées dans la majorité des cas, qu'elles soient ratatinées avec prolongement de la cellule contenant le noyau fortement coloré, ou qu'elles aient subi la « dégénérescence homogène » de Spielmeyer, avec corps cellulaire gonflé et noyau excentrique. Ces cellules peuvent même disparaître complètement par chromatolyse.

Dans la couche granuleuse, l'infiltration est plus marquée que dans la couche moléculaire. Les cellules sont ratatinées, leur noyau atteint de caryorexis. Les lésions vasculaires sont plus marquées chez les sujets atteints de convulsions.

L'infiltration cellulaire passe pour être moins marquée dans la substance blanche. Les astrocytes sont gonflés et atteints de clasmatodendrose. La prolifération de la microglie et de l'oligodendroglie prédomine dans le noyau dentelé où les lésions cellulaires sont comparables à celles des cellules de Purkinge. Les lésions sont plus marquées chez les sujets ayant eu de la malaria.

L'infiltration cellulaire est plus marquée dans le vermis et les amygdales, la contraction des cellules de Purkinge plus prononcée dans les lobules semilunaire et quadrangulaire, la dégénérescence homogène plus évidente dans les amygdales et le vermis.

H. Schaeffer.

GRUZLICA
(Varsovie)

N. Berlin. ***Rapport de la laxité de la peau avec la tuberculose*** (*Gruzlica*, t. **10**, n° 2, 1935, p. 210-220). — A propos d'un malade atteint de tuberculose et présentant le syndrome de laxité de la peau, B. conclut que le syndrome de la laxité de la peau est constitutionnel et que son origine remonte à la période embryonnaire. Le principal facteur de cet état réside dans le système endocrinien et peut être attribué particulièrement aux troubles des parathyroïdes. La tuberculose pulmonaire ne joue aucun rôle dans l'apparition du syndrome même. Cependant, elle contribue activement à renforcer certaines manifestations morbides, telle que la décalcification. Elle prépare le terrain et favorise secondairement la progression des modifications cutanées.

Fribourg-Blanc.

J. Pieniazek. ***Contribution à l'étude de l'action des extraits de rate chez les tuberculeux*** (*Gruzlica*, t. **10**, n° 2, 1935, p. 236-241). — Sur un matériel de 31 malades, P. étudie l'action thérapeutique des extraits spléniques chez des tuberculeux. Il constate que les extraits de rate exercent une action incontestable sur le système hématopoiétique qui se traduit par l'augmentation du nombre des globules rouges et le relèvement de l'indice hémoglobinique. Les résultats sont comparables à ceux qu'on obtient avec les extraits de foie, d'estomac et de sang hémopathique. La formule de Schilling est modifiée suivant les phases de la maladie. Ainsi, au cours de la lymphocytose, le nombre des lymphocytes décroît et le pourcentage des neutrophiles s'élève. Inversement, dans la lymphopénie à la suite du traitement, on assiste à l'accroissement de la lymphocytose. Les extraits spléniques exercent également une action humorale sur le système para-sympathique et modèrent l'action du corps thyroïde.

Fribourg-Blanc.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

I. Pavel. ***Du rôle de plus en plus réduit de l'hépatite dans la pathogénie des ictères*** (*Romania medicala*, t. **13**, n° 21, 1er Novembre 1935, p. 265). — Si la pathogénie des ictères par obstacle mécanique et des ictères hémolytiques est établie, celle d'un grand nombre d'ictères reste incertaine. L'hépatite est trop souvent rappelée.

Pavel et Nanu-Muscel s'éloignent de la pathogénie par hépatite et ont décrit les ictères prolongés par spasme du sphincter d'Oddi. Cette pathogénie par « obstacle fonctionnel » a été confirmée par de nombreux observateurs (Chabrol, Brocq et Poriu, Weil, Kirshner, Desmaret), Brulé a communiqué également des cas d'ictère à début brutal des ictères infectieux, où l'hépatite ne paraissait pas en cause.

P. croit que dans la discussion sur la pathogénie des ictères, le problème à résoudre n'est plus à constater l'existence ou l'absence de l'hépatite, mais de discerner si l'hépatite joue un rôle pathogénique pour un ictère qui coexiste avec elle.

Henri Krautter.

Al. Obregia et **M. Kestenbaum.** ***Diagnostic différentiel par le venin d'abeille des névrites gonococciques, arthrites, névralgies et de la bronchectasie; le traitement des névralgies par ce venin*** (*Romania medicala*, t. **13**, n° 22, 15 Novembre 1935, p. 277-279). — Dans les névralgies et névrites subaiguës et chroniques, la thé-

rapeutique par irritation et thermothérapie donne des résultats curatifs. Le traitement est aussi déterminé par l'étiologie. O. et K. attirent l'attention sur les rapports existant entre les névralgies (névrites) et la blennorragie et entre les névralgies (névrites), arthrites et bronchectasie.

Ils ont observé, chez certains malades atteints de névralgies crurales ou sciatiques, une augmentation de la prostate ou des annexes chez la femme, à la suite d'une infection gonococcique de vieille date. Dans ces cas, la thérapeutique par le venin d'abeille a donné une réaction importante, avec douleurs et augmentation de volume de la prostate. La thérapeutique par le vaccin antigonococcique, appliquée quelque temps après, a donné des résultats frappants.

Les douleurs persistent quelque temps, même après les injections de venin.

Pour O. et K. chez tout malade ayant eu même une très vieille blennorragie, si le venin d'abeille provoque des douleurs qui ne cessent pas après le traitement, il s'agit d'une névrite blennorragique tardive qui doit être traitée par un traitement spécifique. Parmi les traitements physiques, la chaleur est mal tolérée. O. et K. croient que dans les névrites blennorragiques, le venin d'abeille active les toxines ou augmente leurs productions, et, dans les névrites à étiologie différente, annihile l'action des toxines et contribue à leur guérison. Dans les névrites d'étiologie non blennorragique, le venin d'abeille a une action curative manifeste.

O. et K. citent plusieurs observations dont ils concluent que le venin d'abeille possède, outre un effet curatif constant dans les névralgies rhumatismales, par les diverses réactions qui se produisent dans les névralgies d'étiologie diverse, une importance de valeur dans le diagnostic différentiel des maladies rhumatismales de nature blennorragique.

Henri Krauter.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Bernhard Zondek. ***Thérapeutique percutanée par l'hormone folliculaire*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 49, 7 Décembre 1935, p. 1168-1169). — Z. rappelle tout d'abord que dès 1929, il a montré que la folliculine pouvait être administrée par onctions cutanées et qu'il faut alors, pour obtenir des effets semblables, des doses sept fois plus fortes qu'en injections sous-cutanées. Cependant, quand il s'agit de déclancher la lactation chez le cobaye mâle, les doses sont les mêmes quel que soit celui de ces deux modes d'administration qu'on emploie. Le traitement local d'une mamelle avec 1.500 unités-souris suffit pour faire apparaître une sécrétion abondante. Le même effet s'obtient même si on onctionne des régions éloignées de la mamelle. L'hormone folliculaire est capable de manifester, administrée de cette façon, un effet antimasculin, c'est-à-dire d'inhiber la croissance des testicules.

Ces constatations ont conduit à utiliser une pommade riche en hormone (1.000 unités-souris d'hormone cristallisée par gramme). Dans 6 cas de prurit sénile de la vulve, le traitement pratiqué avec cette pommade a eu des effets remarquablement satisfaisants en huit à quinze jours. On a fini par obtenir la guérison complète soit avec la pommade seule, soit avec la pommade associée à des injections sous-cutanées.

Dans l'acné vulgaire des jeunes filles et des femmes à la ménopause, le résultat a été également satisfaisant bien que quelques cas réfractaires se soient présentés. En pareil cas, la pommade est appliquée sur le visage.

P.-E. Morhardt.

W. Lutz. ***Quelques observations sur la possibilité d'agir sur le psoriasis par l'acide ascorbique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 49, 7 Décembre 1935). — Il a été traité 3 cas de psoriasis par l'acide ascorbique. Dans 1 cas il s'agit d'un homme dont les poussées d'éruption sur le dos et sur les extrémités sont si importantes qu'elles l'obligent à faire, 1 ou 2 fois par an, un séjour de quelques semaines à l'hôpital. La thérapeutique, en dehors d'une pommade certainement inactive, a consisté simplement à administrer de l'acide ascorbique à une dose qui a atteint au total, du 14 Juin au 29 Août, 42,6 gr. Au cours des premières semaines, on a constaté une tendance à la régression et, finalement, il n'a plus subsisté que des taches légèrement pigmentaires. Ultérieurement, la thérapeutique a été continuée mais avec des doses réduites, soit un total de 20 gr. du 1er Septembre au 17 Décembre. A ce moment, il a commencé à paraître de nouvelles plaques squameuses et on a prescrit de nouveau les doses antérieures (prescription qui n'a peut-être pas été suivie très ponctuellement) qui n'ont pas pu prévenir l'apparition de plaques nouvelles bien que moins infiltrées qu'auparavant. Néanmoins, les résultats obtenus une première fois ont été tout à fait remarquables par rapport à ce qui avait été constaté auparavant chez le même sujet.

Dans un autre cas concernant une femme présentant des foyers nombreux et grands de psoriasis érythémateux squameux, 8 gr. d'acide ascorbique ont réussi à faire presque complètement régresser la dermatose. Il en a été de même chez un autre sujet pour un psoriasis des mains.

Dans une série d'autres cas, l'influence de l'acide ascorbique a été moins nette ou nulle. Mais alors il s'est agi de malades traités en consultation et il est difficile de dire si le médicament a été pris correctement ou si d'autres facteurs interviennent pour agir défavorablement sur son activité.

P.-E. Morhardt.

Fr. Sciclounoff et Eric Martin. ***Sur le moment favorable à l'injection d'insuline dans le traitement du diabète*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 52, 28 Décembre 1935, p. 1244-1247). — En traitant les diabétiques par l'insuline, il convient de réaliser le mieux possible les conditions normales, par conséquent d'éviter les trop fortes doses et, autant que possible, de multiplier les petites doses bien que les piqûres ne puissent pas pratiquement dépasser le chiffre de 3 par jour. D'ailleurs, la glycémie subit au cours du nycthémère des fluctuations qui ne sont pas exclusivement sous la dépendance des repas et qui doivent être prises en considération. En général, on recommande de faire les injections 15 à 30 minutes après les repas. Mais, comme M. Murray, S. et M. pensent qu'il est préférable de faire ces injections plus loin des repas.

En étudiant à ce point de vue 11 diabétiques, il a été constaté que le repas standard produit une hyperglycémie caractéristique s'amorçant environ 2 heures après le repas. L'injection, 30 minutes avant le repas, de 20 unités d'insuline, empêche cette ascension de se produire et abaisse fortement la glycémie. Si l'injection d'insuline a lieu 2 heures avant le repas, celui-ci n'entraîne qu'une hyperglycémie minime et tardive, voire même nulle ou négative. Cependant, dans un cas, la courbe de la glycémie a été si instable, qu'on n'a pu rien en déduire sur l'action de l'insuline.

Des expériences du même genre, reprises sur 18 sujets normaux, ont montré que le repas standard provoque une élévation de la glycémie suivie d'un retour à la normale en 60 ou 90 minutes et que ce phénomène est neutralisé par l'injection d'insuline 30 minutes avant le repas, voire même remplacé par une chute de la glycémie. En outre, si l'injection d'insuline a lieu 2 heures avant le repas, on a des effets intermédiaires.

En se fondant sur ces constatations, il est possible de réduire les doses d'insuline et de réaliser ainsi une économie manifeste. Chez les diabétiques, l'insuline est en effet utilisée plus lentement que chez le sujet normal et au maximum quand elle est administrée au début de la matinée. Il semble cependant que 2 heures avant le petit déjeuner représente un laps de temps trop grand et de nature à faire craindre une crise d'hypoglycémie.

P.-E. Morhardt.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA
(Stockholm)

Herman et Merenlender. ***Maladie de Pringle (adénome sébacé de la face) avec hyperplasie hémifaciale*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **16**, fasc. 3, Octobre 1935, p. 276-291). Il. et M. ont observé une jeune paysanne de 14 ans, de famille saine, présentant depuis sa naissance une asymétrie faciale, causée par l'hyperplasie de la joue, du nez, des paupières, de la conjonctive, des lèvres, du menton et de l'oreille gauche ; quelques dizaines de nævi vasculaires sur la partie médiane de la face et du cou, avec prédominance à gauche ; des petites tumeurs jaunâtre dures, disposées entre les nævi, des tubérosités sur la gencive supérieure, dont certaines à structure lobulée ; de nombreuses petites tumeurs localisées surtout au côté gauche de la voûte palatine. Il n'existait aucune lésion nerveuse ni psychique, ni de lésions des organes internes.

La biopsie d'une tumeur de la face montra, à côté d'altérations vasculaires angiomateuses, la présence de tissu fibreux, d'amas lymphoïdes modérés ou nævíques, de follicules dilatés et l'hyperplasie des glandes séborrhéiques.

La dénomination d'adénome sébacé pour désigner la maladie de Pringle est mauvaise ; il s'agit nettement de malformations cutanées d'origine nævique.

Il peut exister d'autres malformations, telles que l'hyperplasie faciale, non encore signalée, et la présence de tumeurs sur la muqueuse buccale, dont il existe quelques observations.

R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

R. Fontaine, R. Schattner. ***Les bases expérimentales de l'artériectomie*** (*Journal de Chirurgie*, t. **46**, n° 6, Décembre 1935, p. 849-876). — L'artériectomie, l'ablation du segment artériel oblitéré, quoique introduite dès 1915 par R. Leriche dans le traitement de l'artérite oblitérante, n'est pas encore entrée dans la pratique. Le présent mémoire apporte les résultats de 19 expériences sur le chien destinées à prouver que la circulation d'un membre reste meilleure lorsque son artère principale a été réséquée que lorsqu'elle est conservée après avoir été exprimentalement oblitérée par thrombose.

Chez les 19 chiens opérés, *la thrombose* fut déterminée *à droite* par traumatisme d'un segment artériel isolé entre deux ligatures et injection, dans la lumière du segment, de quelques gouttes soit d'acide salicylique, soit de coagulène, l'*artériectomie* étant faite sur l'artère symétrique *à gauche*.

Chez tous les animaux l'état du système artériel des membres inférieurs fut vérifié par aortographie avant leur sacrifice, s'ils avaient survécu à l'opération, et par injection de minium-térébenthine, s'ils étaient morts spontanément.

Dans 5 cas les artères prélevées depuis la bifurcation aortique ont été examinées histologiquement.

Ces opérations symétriques ont porté :

1° Chez 2 chiens, sur *la fémorale superficielle*. Une mort par maladie intercurrente au 2e mois ; un examen complet du second cas sacrifié au 8e mois sans troubles cliniques appréciables. Dans les deux cas la circulation est moins riche du côté de la thrombose avec, de ce côté, des lésions d'artérite pariétale sous-jacentes qui n'existent pas du côté de l'artériectomie.

2° Chez 10 chiens, sur *la fémorale primitive*. Une mort immédiate, une autre au 7e jour ne permettant pas d'observation, les 8 autres ont donné encore 2 morts spontanées au 2e et 4e mois. Des 6 survivants à l'opération, 4 ont été sacrifiés et 2 restent en vie. Sur les 8 chiens observables on a constaté 2 fois de la claudication et ce fut du côté de la thrombose.

L'aortographie des 4 sacrifiés a montré, ici encore, une vaso-constriction évidente à droite et des lésions d'artérite à distance vérifiées histologiquement.

3° Chez 7 chiens, sur *la fémorale primitive* et, de plus, sur *le tronc commun sacro-iliaque*. De ces 7 expériences, 3 ne signifient rien, ayant déterminé la mort rapide, 1 intéresse pour avoir causé, en quelques jours, la mort par gangrène gazeuse du membre du côté de la thrombose, 1 enfin fut interrompue par la mort au 5e jour par étranglement d'une hernie diaphragmatique. Des 2 chiens ayant survécu suffisamment, l'un est mort, 2 mois après l'opération, de troubles trophiques infectés du membre correspondant à la thrombose, l'autre fut sacrifié au bout de 10 mois et l'artériogramme montra, comme dans les 2 dernières séries précédentes, une circulation moins bonne et des lésions d'endartérite en aval du segment thrombosé.

Les 3 séries d'expériences prouvent :

Que l'irrigation sanguine d'un membre, dont l'artère principale a été thrombosée sur une certaine étendue, est infiniment moins bonne que lorsque la même artère a été réséquée sur la même étendue ;

Qu'en aval de la thrombose les artères paraissent spasmées avec circulation collatérale inférieure à celle du côté artériectomisé ;

Que secondairement, en aval de la thrombose, se produisent des lésions d'endartérite ou de mésartérite pouvant aller jusqu'à la thrombose complète diminuant la circulation déjà déficitaire, rien de semblable n'étant visible du côté artériectomisé ;

Que les accidents post-opératoires (claudication, ulcérations trophiques, gangrène gazeuse même) se sont toujours produits du côté de la thrombose expérimentale ;

Que les artériographies sur les chiens vivants, comme les injections au minium chez les chiens morts spontanément, ont toujours montré une circulation artérielle collatérale plus pauvre du côté thrombosé.

Les conclusions en faveur de l'artériectomie dans le traitement de l'artérite oblitérante se dégagent d'elles-mêmes; mais, pour créer de la vaso-dilatation, favoriser la circulation collatérale, empêcher l'extension de l'artérite vers la périphérie, elle devra être *complète*, supprimant, sur une longueur pouvant atteindre de 20 à 25 cm., tout le segment oblitéré, et *ne rien changer aux conditions mécaniques de la circulation* en respectant l'abouchement des collatérales restées perméables.

Le mémoire est illustré par la reproduction de nombreuses et démonstratives artériographies.

P. Grisel.

LE JOURNAL DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES
(Paris)

H. Mamou. ***La spasmophilie de l'adulte*** (*Le Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. **106**, cahier 24, 25 Décembre 1935, article 31.375, p. 885-892). — Chez l'adulte, le signe de Chvosteck est si fréquent qu'on peut douter de sa valeur diagnostique ; par contre le signe de Trousseau est rare, même chez les tétaniques. Quelques signes fonctionnels peuvent aiguiller le diagnostic, crampes, fourmillements, raideur paroxystique des doigts ainsi que l'hyperréflectivité tendineuse. L'épreuve de l'hyperpnée volontaire est de grande valeur.

Une observation de forme gastrique de la spasmophilie de l'adulte montre la réalité des manifestations stomacales : troubles ne cédant ni aux alcalins ni aux antispasmodiques, évoluant d'une manière capricieuse par crises et disparaissant immédiatement par injections intraveineuses de calcium.

Chez un homme de 45 ans, atteint de psoriasis avec arthropathies, des crises douloureuses hépato-vésiculaires firent penser à des coliques hépatiques, mais l'observation de symptômes de tétanie spontanée chez ce malade, la reproduction des phénomènes au cours de l'épreuve de l'hyperpnée provoquée et la suppression de la douleur par injection intra-veineuse de chlorure de calcium permettent de se demander s'il ne s'agit pas de spasmophilie pure.

L'intérêt de ces formes atypiques de la spasmophilie chez l'adulte est grand car, ces malades, souvent considérés comme des organiques, lithiasiques, ulcéreux ou des fonctionnels, ne sont pas améliorés par les régimes auxquels on les soumet, mais par le traitement classique de la spasmophilie.

Robert Clément.

L'ENCÉPHALE
(Paris)

J. Rabinovitch. ***Contribution à l'étude du rôle pathogénique des troubles endocriniens dans l'épilepsie*** (*L'Encéphale*, t. **25**, n° 4, Avril 1935, p. 250-270). — La crise épileptique résulte de la conjonction d'une *cérébropathie*, par lésion nerveuse permanente, et d'une *biopathie*, perturbation humorale pathologique.

Les syndromes endocriniens francs interviennent très rarement dans la pathogénie du mal comitial. Au contraire, l'on ne saurait nier l'influence des *phénomènes cataméniaux*, des troubles des *glandes génitales* dans la genèse des crises.

R. cite 6 *observations* démonstratives à cet égard.

G. d'Heucqueville.

J. Rabinovitch. ***Contribution à l'étude du rôle pathogénique des troubles endocriniens dans l'épilepsie*** (*suite*) [*L'Encéphale*, t. **25**, n° 5, Mai 1935, p. 350-379]. — R. établit l'action des *chocs hypoglycémiques* sur le déterminisme des accès épileptiques.

Il rapporte 5 *observations*.

L'on a incriminé aussi les perturbations du *métabolisme de l'eau*, et de l'*équilibre acide-base*.

Il semble bien que la *rétention* aqueuse constitue le « dénominateur commun » de toutes les perturbations, endocriniennes ou végétatives, convulsivantes. Elle détermine une altération de la *membrane cellulaire*, une effraction de toxiques à travers cette membrane, et l'abaissement du seuil de l'excitabilité cellulaire.

Bibliographie importante.

G. d'Heucqueville.

LA MEDECINE DU TRAVAIL
(Paris)

Duvoir et **Coste.** ***L'intoxication par le plomb tétra-éthyle*** (*La Médecine du Travail*, An. 7, n° 6, Novembre 1935, p. 232-243). — Le plomb tétra-éthyle, liquide incolore, volatil à la température ordinaire, est utilisé depuis quelques années comme antidétonant pour améliorer le rendement des moteurs à explosion. On sait que l'adjonction à l'essence d'un antidétonant permet l'emploi des moteurs à explosion surcomprimés, indispensables pour l'aviation et avantageux pour toute l'industrie automobile.

Le plomb tétraéthyle s'est montré jusqu'ici le plus actif et le plus avantageux des antidétonants ; mais il s'est révélé d'une extrême toxicité. Il traverse facilement la peau saine, et il est le seul composé plombique connu susceptible de provoquer par cette voie une intoxication saturnine aiguë.

La dose mortelle est de 0,3 cmc par kilogr. de poids du corps pour le chien ; de 0,6 cmc pour le cobaye. L'expérimentation a montré, en outre, la nocivité de doses faibles, mais répétées, aussi bien en inhalation qu'en application locale.

Cliniquement, l'intoxication par le plomb tétraéthyle diffère entièrement de celle que peut causer tout autre composé plombique, sous la seule réserve de quelques analogies avec certaines formes

d'encéphalopathie saturnine. Les troubles initiaux consistent dans la chute de la tension artérielle, le ralentissement du pouls et l'abaissement de la température du corps. Presque simultanément, s'observent de graves désordres nerveux : insomnie, anxiété, agitation, délire et même hallucinations. Il existe de l'anorexie, des nausées, des vomissements. L'amaigrissement est rapide, le visage extrêmement pâle, les pupilles dilatées ; un tremblement parfois violent secoue le malade comme dans le *delirium tremens*. La température peut atteindre 41° et plus. La mort est fréquente.

Le diagnostic consiste surtout à éliminer le *delirium tremens* alcoolique et certaines formes de méningites aiguës.

On recommande de traiter ces intoxiqués par les alcalins à fortes doses (bicarbonate et citrate de soude associés à la magnésie calcinée et au carbonate de chaux) et d'éviter l'opium et le chloral qui se sont montrés dangereux pendant les crises de délire.

Malgré sa toxicité, il ne semble pas que le tétraéthyle de plomb, aux doses où il est mélangé à l'essence, puisse constituer, en pratique, un réel danger. Il résulte, en effet, des recherches faites aux Etats-Unis :

1° Que la fabrication du tétraéthyle de plomb et son mélange à l'essence peuvent être réglementés dans des conditions d'hygiène permettant d'éviter toute intoxication ;

2° Que la manipulation de l'essence tétraéthylée, si elle est pratiquée avec certaines précautions, ne doit pas non plus déterminer d'accidents ;

3° Que les gaz de combustion des essences tétraéthylées ne seraient pas capables, dans la pratique, de causer une pollution de l'atmosphère suffisante pour engendrer le saturnisme.

C'est pourquoi, en présence de ces résultats et aussi du fait que le saturnisme a plutôt diminué, en ces dernières années, aux Etats-Unis et en Angleterre, malgré un large emploi du plomb tétraéthyle, le Conseil supérieur d'Hygiène a émis récemment un avis favorable à l'introduction en France de l'usage de ce produit. Il a toutefois entendu donner une sécurité supplémentaire en limitant à son minimum indispensable le taux maximum de plomb tétraéthyle dont le mélange à l'essence est autorisé (1/2.000 au lieu de 1/1.200 à l'étranger).

Cet article est la reproduction d'un travail des mêmes auteurs paru en Juillet 1934, dans la *Semaine des Hôpitaux de Paris*. Il est très clairement écrit, très documenté, le plus complet qui ait été publié en France sur le sujet. A. Feil.

REVUE DE LARYNGOLOGIE OTOLOGIE, RHINOLOGIE (Bordeaux)

Portmann et **Caye**. ***Les tumeurs fibreuses hyperplasiques du massif maxillaire supérieur*** (*Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie*, An. **56**, n° 7, Juillet et Août 1935, p. 773-831). — A l'aide de 14 observations, P. et C. isolent, parmi les tumeurs du maxillaire supérieur, un groupe spécial, les tumeurs fibreuses hyperplasiques. Masson les qualifiait de tumeurs hyperplasiques et Lenormant de fibromes envahissants des maxillaires. Leur formule histologique est bénigne, caractérisée par une réaction fibreuse abondante avec, du point de vue cellulaire, deux modes de réaction isolée ou combinée : fibroblastique ou myéloblastique. Malgré leur structure histologique bénigne, elles sont capables d'une extension envahissante et déformante parfois très rapide, avec pénétration intracranienne possible. Elles récidivent fréquemment après exérèse. Elles n'entraînent pas de réaction ganglionnaire, de métastases, ni d'état de cachexie.

C. Ruppe.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

H. Schmelzer. ***Etiologie et traitement des inflammations suppurées de la cornée*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 48, 29 Novembre 1935, p. 1906-1907). — Dans 114 cas d'ulcérations cornéennes septiques, des recherches entreprises par S. avec la collaboration du bactériologue Eckstein ont montré la participation de divers microbes dans les proportions suivantes :

60 pour 100 pneumocoques, surtout groupe X, plus rarement groupes III ou même II.
20 pour 100 streptocoques.
13 pour 100 diplobacilles.
4 pour 100 staphylocoques dorés.
3 pour 100 germes divers ou mieux absence de germes décelables.

On est frappé de voir la fréquence relative, jusqu'ici méconnue, de la présence de streptocoques, revêtant le plus souvent le type banal des streptos de la cavité buccale.

Du point de vue thérapeutique, seule la différenciation des streptos et des pneumocoques importe et elle n'est possible qu'à l'aide des recherches bactériologiques : en pratique, une simple coloration de Gram suffit à orienter ce diagnostic en montrant soit des diplocoques gram +, encapsulés, qui sont des pneumocoques, ou non encapsulés qui sont le plus souvent des streptocoques, mais parfois aussi peuvent être des pneumocoques, voire même des staphylocoques dorés.

Une ulcération septique ne doit pas être cautérisée et le traitement local sera réalisé par l'optochine, la solution de zinc ou la teinture d'iode selon les germes en cause. Dans certains cas plus accentués l'électrocoagulation de la lésion sera indispensable.

Enfin le traitement général doit être associé à la thérapeutique locale. G. Dreyfus-Sée.

D. Kulenkampff. ***A propos de la cachexie cancéreuse*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 49, 6 Décembre 1935, p. 1955-1957). — Au cours de ses recherches thérapeutiques sur l'influence du traitement local des tumeurs cancéreuses, en particulier par la cautérisation profonde jusqu'à carbonisation, K. a constaté l'influence considérable exercée par la destruction de la tumeur *in situ* sur l'état général du malade.

Outre l'influence psychique indiscutable exercée par la croyance du malade en sa guérison il existe une action nettement appréciable sur la cachexie cancéreuse.

Ces résultats permettent de discuter la théorie constitutionnelle du cancer.

La cachexie cancéreuse paraît, en effet, nettement secondaire à la tumeur et ne peut être considérée comme un des éléments du terrain prédisposant. Cette notion constitutionnelle avait déjà été ébranlée par des travaux sur les cancers expérimentaux.

La théorie de l'influence de la mutation ainsi que celle du vieillissement sont également discutées sans que les notions nouvellement établies apportent d'arguments concluants en faveur de ces hypothèses, ni d'ailleurs contre elles.

G. Dreyfus-Sée.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Wiedmann. ***Lymphogranulomatose inguinale*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 43, 26 Octobre 1935, p. 1319-1327). — W. a observé à Vienne, depuis 1928, 13 cas de maladie de Nicolas-Favre (12 hommes et 1 femme). Le diagnostic est facilité par la négativité de toutes les réactions de laboratoire concernant la blennorragie, le chancre mou, la syphilis ; au contraire, la réaction de Frei se montre positive au bout de 4 jours, plusieurs semaines après le début de la maladie.

Chez un de ses malades atteint de bubon climatique, W. observa une éruption papuleuse, lenticulaire, disséminée sur le tronc, avec fièvre (38°). La recherche du bacille de Ducrey fut négative dans le pus du bubon ; le Frei se montra positif au bout de 72 heures. La réaction de Wassermann, d'abord négative, devint positive, puis de nouveau négative.

Malgré cette réaction passagère, W. élimine la syphilis et rattache l'exanthème à la maladie de Nicolas-Favre, au même titre que les éruptions du type érythème polymorphe, érythème noueux, douleurs rhumatoïdes, gonflements articulaires, fièvre, qui ont été signalées par divers auteurs dans la lymphogranulomatose inguinale.

La biopsie d'une lésion papuleuse ne montra que de rares plasmocytes, ce qui n'est pas en faveur d'une lésion syphilitique. Le Wassermann redevint négatif, alors que l'éruption persistait encore et le traitement spécifique, par le novarsénobenzol et le bismuth, n'eut aucune action sur l'éruption. Enfin le Frei était nettement positif.

Au point de vue thérapeutique, on peut faire localement des ponctions répétées, suivies de lavages avec une solution de glycérine iodoformée à 10 pour 100, l'incision de l'abcès, suivi de drainage. L'air chaud est également à conseiller. Comme traitement général, on a préconisé les injections d'antimoine, d'or et d'iode.

W. a obtenu d'excellents résultats avec l'or, sous forme d'injections de solganal B huileux, qui n'a pas la toxicité du solganal employé en injections intraveineuses. R. Burnier.

Guldberg. ***Essais de traitement des complications blennorragiques par les injections soufrées intramusculaires*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 52, 28 Décembre 1935, p. 1619-1624). — G. a employé la méthode de Bory chez 132 hommes atteints de complications gonococciques : 68 épididymites (dont 21 s'accompagnant de psoriasis). 35 prostatites et 29 rhumatismes blennorragiques.

G. fit tous les 2 à 5 jours une injection intramusculaire dans la fesse à la dose de 0 cmc 5 (6 à 7 injections en tout) de la solution de Bory : soufre précipité 1, gaïacol 5, camphre 10, eucalyptol 20, huile de sésame 100.

Sur les 68 cas d'*épididymite gonococcique*, un bon résultat fut obtenu dans 57 cas ; dans 11 cas d'épididymite (4 aiguës et 7 subaiguës), le résultat fut nul.

La *prostatite* paraît peu influencée : Sur 35 cas (dont 21 combinés avec une épididymite), un résultat satisfaisant ne fut obtenu que dans 10 cas de prostatite aiguë ; les prostatites subaiguës furent peu influencées.

Par contre le résultat fut meilleur dans le *rhumatisme blennorragique*, surtout quand le traitement fut commencé à la période aiguë : sur 29 cas, un résultat favorable fut noté dans 16 cas.

Les meilleurs résultats thérapeutiques du traitement soufré des complications gonococciques furent obtenus dans les cas qui s'accompagnaient d'une fièvre élevée. R. Burnier.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE (Leipzig)

F. von Mikulicz-Radecki et **E. Kausch** (Berlin). ***Rapports entre la cohabitation et la grossesse chez les femmes jeunes et physiologie du cycle folliculaire chez la jeune fille*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An. **59**, n° 39, 28 Septembre 1935, p. 2290-2302). — M.-R. et K. étudiant 14.684 cas de grossesses hospitalisées à la clinique gynécolo-

gique de Berlin ont relevé 1.440 grossesses entre 14 et 19 ans. Ils ont fait une première remarque, c'est que le nombre des grossesses augmente en même temps que l'âge; plus de la moitié des cas observés avant 20 ans le sont à 18 et à 19 ans.

Si l'on met en parallèle, d'une part, la date d'apparition des règles et d'autre part le moment où la femme est enceinte, on se rend compte qu'il existe toujours un écart de 2 ans au moins entre le début des règles et l'apparition d'une grossesse. Et plus la femme est fécondée tôt après le début de ses règles, plus a été tardive leur apparition, par rapport à l'âge moyen. La lecture des tableaux annexés à leur travail par M. et K. est tout à fait probante.

Sur 1.381 femmes ayant eu une grossesse juvénile, 1.127 étaient régulièrement réglées, 254 irrégulièrement réglées.

La conclusion de M. et K., c'est que chez les Européennes, la femme est stérile dans les premières années de sa maturité génitale. La femme a peu de chances d'être fécondée dans les premières années après l'apparition des règles. La date d'apparition des règles ne joue aucun rôle, les femmes réglées de bonne heure sont fécondées plus tard.

Il existe donc une phase de stérilité physiologique, chez les jeunes filles réglées, pendant laquelle l'œuf ne peut pas être fécondé. Les métrorragies des jeunes filles à cette période ne sont pas des hémorragies de desquamation. Il existerait un cycle folliculaire sans cycle d'ovulation, ce dernier étant plus tardif. La femme doit être corporellement femme, son développement doit être achevé pour qu'elle puisse être mère.

Chez la femme adulte, le cycle folliculaire persistant anormalement, conjointement à la phase de prolifération de la muqueuse utérine, entraîne la stérilité.

DESMAREST.

J. Hofbauer (Cincinnati, U. S. A.). ***Hormone sexuelle féminine et problème des tumeurs*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An. **59**, n° 43, 26 Octobre 1935, p. 2534-2536). — Chimiquement, l'hormone ovarienne purifiée présente une constitution qui l'homologue aux acides biliaires, à l'ergostérol, à la vitamine D et aux produits cristallisés du goudron. On sait que ces derniers peuvent déterminer sous certaines conditions l'apparition d'un cancer chez l'animal.

H. en faisant usage de l'hormone sexuelle féminine a pu obtenir expérimentalement une hypertrophie et une métaplasie de l'épithélium cervical. Tel est le fait qui a été confirmé par Eagle et Philipp Smith à la suite d'expériences sur le macaque castré. Mêmes constatations faites par Curtis qui, à la suite de strictures du col ou de troubles sécrétoires du col utérin, a observé une métaplasie épithéliale pavimenteuse qui pourrait prédisposer au cancer.

Ces relations électives entre l'hormone sexuelle féminine et les organes génitaux s'étendent à la glande mammaire et l'on sait que l'origine hormonale de la mastite chronique kystique est aujourd'hui en grande faveur. Lacassagne a pu, chez la souris, par des injections répétées pendant des mois, d'hormone ovarienne, voir se développer un cancer de la glande mammaire.

On pourrait rattacher, à l'action exagérée de l'hormone ovarienne, l'influence de l'hérédité cancéreuse.

DESMAREST.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

Guillermo Brice. ***Les syndromes coronariens antérieurs*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **22**, n° 23, 5 Juin 1935, p. 1095-1100). — L'étude anatomique de la distribution des coronaires conduit à décrire 3 syndromes anatomo-cliniques d'oblitération coronaire:

1° Le *syndrome coronaire antérieur haut* correspond à une oblitération située entre le point de départ de la branche descendante antérieure et l'origine de la seconde perforante antérieure. Elle détermine une nécrose étendue au septum, à la paroi antérieure des ventricules, à la bandelette ansiforme. *Mort rapide.*

2° Le *syndrome coronaire antérieur bas* se traduit par la nécrose de la pointe, et l'interruption de la moitié inférieure gauche du faisceau de His. La lésion guérit. L'électrocardiogramme des sujets est modifié.

3° Le *syndrome de la seconde perforante antérieure* intéresse la moitié droite du faisceau de His.

G. D'HEUCQUEVILLE.

C. Mainimi, A. Alvarez et **C. Miceli.** ***Syphilome solitaire de la plèvre pariétale droite, avec grand épanchement, par syphilis tertiaire acquise*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **22**, n° 31, 31 Juillet 1935, p. 1461-1470). — Observation d'un homme de 60 ans, hospitalisé pour une dyspnée d'effort. On met en évidence un *grand épanchement liquide* à droite. Evacué, il donne 4 litres de liquide.

La radiographie montre alors une *masse arrondie*, adhérente à la paroi externe et saillant dans le champ pulmonaire. Bientôt, la plèvre se symphyse.

M., A. et M. éliminent les diagnostics de tumeur maligne et de lympho-granulome. Le traitement spécifique détermine une amélioration marquée de l'état général, et une accélération de la sclérose locale.

Ils rappellent les travaux consacrés à la syphilis pleurale, en particulier les observations de Schittenhelm et les études de Castex sur les syphilis de l'appareil respiratoire, et s'arrêtent au diagnostic de *syphilome pleural* dans leur observation.

G. D'HEUCQUEVILLE.

E. Hug, L. Sanguinetti, R. Bracht et **J. A. Premoli.** ***Traitement de l'intoxication mercurielle par le méthanal-sulfoxylate de soude*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **22**, n° 31, 31 Juillet 1935, p. 1420-1427). — Le *méthanal-sulfoxylate de soude* exerce une action antidotique remarquable vis-à-vis du bichlorure de mercure. Il s'administre par injections intra-veineuses, en solution à 10 pour 100, toutes les 6 heures, à la dose totale de 30 gr. de sel.

Rosenthal avait expérimenté le méthanal-sulfoxylate de soude chez le chien intoxiqué.

H., S., B. et P. apportent 9 *observations* de succès obtenus par cette méthode chez des sujets ayant absorbé 1 *à* 4 *gr. de sublimé*, en combinant les voies intra-veineuse et buccale. Des albuminuries ont été seulement observées dans les cas où les deux voies n'avaient pu être utilisées simultanément.

G. D'HEUCQUEVILLE.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Krynski et **Schulutko.** ***Les chlorures dans le sang et dans l'urine au cours de l'infection rhumatismale*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 34, 23 Août 1935, p. 1065-1067). — Au cours du rhumatisme articulaire aigu, on observe d'importantes oscillations du métabolisme du chlorure de sodium; pendant le stade aigu, au moment de la polyarthrite, on trouve une diminution de la concentration des chlorures dans l'urine, qui augmente au contraire lorsque s'améliore l'état général, que les fluxions disparaissent, et que la température tombe. Le volume absolu de chlorures dans l'urine présente des variations beaucoup moins importantes. Lorsque apparaît une complication cardiaque, il n'y a de nouvelle chute de la concentration des chlorures que lorsqu'en même temps la fièvre remonte et qu'il y a exacerbation contemporaine des fluxions articulaires.

G. BASCH.

Lauber. ***De l'influence de l'hypotension générale sur l'évolution des maladies du nerf optique*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 35, 30 Août 1935). — La pression artérielle générale joue un rôle assez important dans les oscillations de la tension intra-oculaire et dans les troubles de la papille. Ainsi Sobanski a pu démontrer que l'état dit de pseudo-névrite était en réalité dû à une hypotonie essentielle de l'œil, en rapport avec une hypotension générale. Il ressort des très intéressantes observations faites par L. sur les conditions dans lesquelles survient l'atrophie optique des tabétiques, que celle-ci résulte d'un déséquilibre entre la tension des milieux de l'œil (souvent très élevée chez ces malades) et la tension artérielle générale. Il y aurait donc lieu, pour éviter cette complication, de respecter l'hypertension générale de ces sujets, L. ayant observé la survenue d'une atrophie optique chez un tabétique soumis à un traitement hypotensif.

G. BASCH.

Stern. ***Guérison spontanée d'une échinococcose pulmonaire à manifestations multiples*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 40, 4 Octobre 1935, p. 1211-1214). — La guérison spontanée de l'échinococcose pulmonaire n'est pas une éventualité exceptionnelle, et nombre d'auteurs rapportent des observations dans lesquelles on vit une image circulaire à double contour, dont la nature ne faisait pas de doute, subir une régression importante, puis se calciner. S. relate une observation semblable qui démontre, d'accord avec les observations qu'il cite, que la calcification du kyste hydatique du poumon est un mode de guérison plus usuel que l'ouverture dans les bronches.

G. BASCH.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Breuer et **Orou.** ***Injection intra-veineuse d'alcool au cours des infections*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 32, 3 Août 1935, p. 868-871). — Depuis longtemps on a cherché à utiliser l'action tonique de l'alcool et du vin au cours des infections; O. a pratiqué pour des septicémies puerpérales des injections intra-veineuses de vin, puis d'un mélange de lévulose et d'alcool, avec des résultats favorables. Introduit dans le torrent circulatoire, l'alcool amène une vaso-constriction du territoire de la veine porte que suit une vaso-dilatation des vaisseaux périphériques; de plus, il constitue un aliment immédiatement assimilable pour les divers organes.

B. rapporte une série de résultats favorables avec chute rapide de la température dans une série de maladies éruptives de l'enfance, scarlatine, rougeole compliquée; les meilleurs résultats furent obtenus dans l'érysipèle.

G. BASCH.

Breuer et **Orou.** ***Injection intra-veineuse d'alcool au cours des infections*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 33, 10 Août 1935, p. 898-900). — Après avoir exposé les généralités concernant l'action de l'alcool dans l'organisme et les bases physiologiques et expérimentales de la méthode, B. et O. envisagent plus spécialement la technique de ce traitement: au cours de la diphtérie, on pratiqua des injections de 30 à 40 cmc d'alcool à 33 pour 100; au bout de 2 à 3 jours, on assiste à la disparition des fausses mem-

CONSTIPATION

AUCUNE ACCOUTUMANCE

à base de :

- POUDRE DE MUQUEUSE INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

ACTION RÉGULIÈRE
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour
au repas.

TAXOL

LABORATOIRES LOBICA
~~46, AVENUE DES TERNES - PARIS~~
25, RUE JASMIN - PARIS (16e)

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF

SÉRENOL

RÉGULATEUR DES TROUBLES
D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX - ÉMOTIVITÉ - INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES



FORMULE

Peptones polyvalentes	0.03	Extrait fluide d'Anémone	0.05
Hexamethylène-tétramine	0.05	Extrait fluide de Passiflore	0.10
Phényl-éthyl-malonylurée	0.01	Extrait fluide de Boldo	0.05
Teinture de Belladone	0.02	pour une cuillerée à café	
Teinture de Cratægus	0.10		

DOSES. de 1 à 3 cuillerées à café ou de 2 à 5 comprimés par 24 heures

LABORATOIRES LOBICA - 25, Rue Jasmin - PARIS (16e)

branes et l'examen bactérioscopique devient négatif. Même résultat en ce qui concerne les formes toxiques, à condition d'utiliser des doses de 60 à 100 cmc et d'y adjoindre du cardiazol et des solutions sucrées.

Dans la scarlatine, B. et O. ont eu de bons résultats en utilisant d'importantes doses, n'hésitant pas, dans les formes toxiques, à injecter en une fois 80 à 100 cmc. On voit alors la température baisser, l'exanthème disparaître; on a même observé que la desquamation habituelle manquait souvent, ce que les auteurs tentent d'expliquer par une meilleure vascularisation de la peau.

D'autres bons résultats sont relatés dans des cas d'otite, de furoncles de la face, de processus gangreneux.

La technique ne présente aucune difficulté; il faut contrôler la perméabilité de l'aiguille à l'aide de sérum physiologique et non point avec l'alcool contenu dans la seringue, afin que le malade n'éprouve pas de brûlure désagréable.

G. Basch.

BRASIL MEDICO
(Rio de Janeiro)

Torres Barbosa. *L'atrophie du foie chez l'enfant* (*Brasil Medico*, t. **49**, n° 30, 27 Juillet 1935, p. 663-670). — L'ictère catarrhal toxi-infectieux peut *s'aggraver lentement* et déterminer la mort par atrophie hépatique.

T. B. rapporte l'observation d'un enfant de 7 ans présentant un tableau d'*hypertension portale* intense, avec ascite, œdèmes, ictère, hémorragies. Epanchement pleural. Réaction de Wassermann positive.

L'enfant succombe à des *hématémèses*. L'autopsie montre une *nécrose parenchymateuse* du foie.

G. d'Heucqueville.

A FOLHA MEDICA
(Bahia)

Americo Valerio. *Cyanure de mercure et purpura hémorragique* (*A Folha Medica*, t. **16**, n° 15, 25 Mai 1935, p. 273-274). — Observation d'une malade de 25 ans, qui présente, au cours d'une série d'injections intra-musculaires de 1 centigr. de cyanure de mercure, des *épistaxis*, des *hématuries* et des *ménorragies*, puis des *éléments purpuriques*, des *ecchymoses spontanées*.

Syndrome hématologique d'*hémogénie*. Absence d'antécédent hémophilique. L'épreuve de Bauer révèle une notable insuffisance hépatique.

Guérison en 2 mois après suppression du cyanure, sous l'action d'un traitement hépatique et calcique.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS DE MEDICINA INTERNA
(La Havane)

R. Inclan Guas, A. Sellek et G. Prado. *La réaction de Takata-Ara et sa valeur dans les affections hépatiques* (*Archivos de Medicina Interna*, t. **1**, n° 2 [N° spécial en hommage au Professeur Castillo], 1935, p. 354-374). — Les diverses épreuves proposées (galactose, bilirubinémie, etc...) n'apportent pas, comme la réaction de Takata-Ara, un *test fonctionnel global* de la fonction hépatique.

On sait que la réaction consiste dans la floculation obtenue dans des tubes contenant, en proportions progressives avec le sérum étudié, la préparation de Takata-Ara, à base de carbonate de soude et de bichlorure de mercure.

I. G., S. et P. ont pratiqué 126 réactions dans 38 cas d'affections hépatiques (dont 11 avec autopsie), chez 31 tuberculeux pulmonaires, 15 syphilitiques, dans 7 maladies infectieuses aiguës, chez 5 femmes enceintes.

Mises à part les affections rénales, en particulier la *néphrose*, toute réaction positive indique une *lésion importante du parenchyme hépatique*. Dans les ictères, la réaction fixe le pronostic.

G. d'Heucqueville.

ANALES DE MEDICINA INTERNA
(Madrid)

C. Jimenez Diaz, B. Sanchez Cuenca et J. Baron. *Etudes sur l'asthme bronchique: sur le transfert passif de l'allergie spécifique* (*Anales de Medicina Interna*, t. **4**, n° 5, Mai 1935, p. 435-451). — J. D., S. C. et B. ont effectué de nombreux essais de transmission passive de l'allergie.

Ils utilisent la technique de *Praustnitz-Kustner*, de sensibilisation locale par injection intra-dermique de 5/100 à 1/10 de centimètre cube d'une dilution de sérum prélevé sur un sujet sensible.

La méthode de *Königstein-Urbach*, de valeur égale, consiste à prélever la sérosité d'une vésicule obtenue par application de cantharidine, ou de neige carbonique, sur un sujet sensible.

Les *réagines* sensibilisantes sont *thermolabiles*, détruites à 56°. Mais leur activité, à la température normale, persiste longtemps. Elles sont neutralisées en présence d'*allergines*.

Moins de 3 pour 100 des sujets se montrent réfractaires à la transmission passive de la sensibilisation.

Ces méthodes ne permettent pas la transmission de la sensibilisation bactérienne, ni des autres sensibilisations.

La transmission passive permet d'éviter les cuti-réactions chez les enfants ou les sujets débilités.

G. d'Heucqueville.

W. Lopez Albo. *Complications nerveuses de la coqueluche* (*Anales de Medicina Interna*, t. **4**, n° 5, Mai 1935, p. 453-460). — Observation d'un enfant de 5 ans, qui présente, à la 9e semaine d'une coqueluche bénigne, des *algies*, puis une *quadriplégie*.

Hyperesthésie diffuse. Signe de Kernig. Abolition de tous les réflexes tendineux. Hypotonie. Amélioration rapide, en une semaine.

Il s'agit d'une forme douloureuse de *poliomyélite*, ou de *polynévrite*, déterminée par une localisation des toxines du bacille de Bordet-Gengou sur les neurones périphériques des cornes antérieures de la moelle.

Bibliographie.

G. d'Heucqueville.

G. Maranon, J. A. Collazo, J. Gimena et J. Barbudo. *Etudes de physio-pathologie surrénale : le traitement de la maladie d'Addison par le sel marin* (*Anales de Medicina Interna*, t. **4**, n° 6, 7 Juin 1935, p. 519-532). — L'opothérapie cortico-surrénale reste impuissante contre les insuffisances surrénales anciennes.

L'on avait établi que les taux du *chlore* et du *sodium* sanguins s'abaissaient après l'ablation des surrénales (ou dans les lésions de ces glandes), et que les injections de solutions salines augmentaient les survies. Le traitement cortico-surrénal rétablit d'ailleurs ces taux.

M., C., G. et B. publient 14 observations de maladies d'Addison traitées par des *injections salines intra-veineuses*, à des doses variant de 2 à 10 gr. de sel par jour. La plupart des malades ont été améliorés dans leur *état général*, le *poids*, la *tension artérielle*, la *glycémie*, relevés.

Ces résultats, dans l'ordre symptomatique, paraissent supérieurs à ceux des autres médications, même du traitement cortico-surrénal intensif. Les lésions tuberculeuses des sujets n'ont jamais été aggravées. Exceptionnellement, on a observé des désordres digestifs ou de légers œdèmes.

G. d'Heucqueville.

W. Lopez Albo. *Forme cérébrale de la thrombo-angéite oblitérante de Winiwarter-Buerger* (*Anales de Medicina Interna*, t. **4**, n° 8, Août 1935, p. 707-719). — A propos d'une observation clinique, W. A. rappelle les caractères de l'*endangéite oblitérante* de Winiwarter et Buerger. Il passe en revue les troubles cérébraux de l'affection : *convulsions*, *hémiparésies*, *amnésies*, *céphalées*.

Il rapporte l'observation d'un homme de 36 ans, ayant, dans ses antécédents, une phlébite rhumatismale, qui présente d'abord des céphalées et des troubles gastriques, puis des illusions visuelles, des paresthésies, de l'anarthrie.

Examen neurologique négatif. Liquide céphalo-rachidien normal. Hyperleucocytose. Œdème des jambes.

Les troubles s'atténuent, puis le tableau se reconstitue et se complète par de l'aphasie, de l'agraphie, de l'hémianopsie.

Les traitements institués, iodé et anti-syphilitique, restent sans résultat. L'étiologie infectieuse, dans un tel cas, apparaît la plus vraisemblable.

G. d'Heucqueville.

MEDICAL RECORD
(New-York)

Benjamin P. Weiss (Philadelphie). ***Traitement de la sclérose multiple par hyperpyrexie*** (*Medical Record*, t. **142**, n° 11, 4 Décembre 1935, p. 489-493). — Cette étude est basée sur 144 cas de sclérose en plaques, 34 formes aiguës, 14 subaiguës, 96 chroniques. Les symptômes cardinaux de Charcot: parole scandée, nystagmus existaient seulement dans 3 pour 100 des cas. Dans 12 pour 100 des formes aiguës, on trouvait une histoire antérieure d'infection aiguë, de grossesse ou de troubles inflammatoires chroniques.

L'anatomie pathologique a solidement établi que les plaques de sclérose dans leur dernier stade sont dues à un processus inflammatoire, au cours duquel les gaines myéliniques sont les premières attaquées. Les lésions chroniques anciennes montrent la destruction du neurone avec dégénérescence secondaire et remplacement par du tissu fibreux. Cliniquement, selon toute probabilité, la maladie est produite par une toxine endogène à affinité neurotrope.

La fièvre artificielle augmente les processus métaboliques avec formation d'anticorps et neutralisation des toxines. La rémission des symptômes et l'amélioration des signes neurologiques surviennent dans 65 pour 100 des cas, particulièrement dans les formes à début aigu, dans lesquelles la maladie dure depuis 6 mois à 2 ans. L'hyperpyrexie arrête définitivement les progrès de la maladie. Les cas de longue durée progressifs, sans rémissions spontanées antérieures, ne donnent pas de résultats avec cette méthode thérapeutique.

Robert Clément.

LA PEDIATRIA
(Naples)

Arrigo Colarizi (Rome). ***La sténose pylorique hypertrophique du nourrisson*** (*La Pediatria*, vol. **43**, n° 12, 1er Décembre 1935, p. 1297-1362). — Ce travail constitue une étude clinique, statistique et anatomo-pathologique très approfondie. Il est basé sur 25 cas de sténose hypertrophique du pylore, observés chez des nourrissons. 5 de ces observations ont été recueillies à la Clinique pédiatrique de Rome pendant les années 1933 et

1934. Les autres 20 cas, recueillis à Rome de 1910 à 1934, sont inédits.

C. montre que le diagnostic clinique fut confirmé 22 fois par l'opération. Chez un seul nourrisson l'intervention ne montra pas de tumeur pylorique, la sténose étant le fait d'un simple pylorospasme. 2 nourrissons furent examinés dans un état d'une gravité telle que l'acte opératoire fut jugé impossible.

Cette importante étude double d'un seul coup le nombre des cas observés en Italie. Elle apporte une contribution importante à la connaissance de cette affection, appuyée qu'elle est sur des documents cliniques, radiologiques et anatomopathologiques précis.

C. insiste au point de vue du traitement sur la nécessité d'une intervention opportune, intervention qui dépend généralement d'une collaboration étroite entre le chirurgien et le pédiatre.

G. Schreiber.

LA STOMATOLOGIA
(Rome)

Provvisionato. ***La phosphatase de la dent normale et ses variations avec chaque forme pathologique*** (*La Stomatologia*, t. **33**, n° 7, Juillet 1935). — De ses recherches, P. aboutit aux conclusions suivantes :

1° Dans la dent humaine saine, on peut constater la présence de phosphatase ;

2° La quantité de phosphatase diminue au fur et à mesure que l'on avance en âge ;

3° Ce ferment est probablement en rapport avec le processus de décalcification de la dent et avec son activité odontoblastique ;

4° Dans la dent affectée par la carie, l'activité phosphatasique est notablement augmentée ;

5° Dans la dent paradentosique, bien qu'à un degré moindre que dans le cas précédent, il y a augmentation du ferment.

C. Ruppe.

Lippo. ***Sur un principe actif contenu dans la pulpe dentaire*** (*La Stomatologia*, t. **33**, n° 7, Juillet 1935). — Voici les conclusions de L. :

1° Dans la pulpe dentaire existe un principe actif soluble dans l'eau et l'alcool, et insoluble dans l'éther et le chloroforme ;

2° Ce principe actif agit sur le cœur de la grenouille et détermine une diminution du nombre des battements cardiaques et une augmentation d'ampleur des pulsations. De telles modifications se constatent également sur les animaux à sang froid préalablement atropinisés ;

3° Chez les mammifères, ce principe actif détermine un abaissement de la pression sanguine par vaso-dilatation périphérique.

C. Ruppe.

Zona (Naples). ***Sur les variations de la glycémie par l'action du principe actif contenu dans la pulpe dentaire*** (*La Stomatologia*, t. **33**, n° 8, Août 1935). — 1° Le principe actif contenu dans l'extrait de pulpe dentaire est capable de déterminer une modification hypoglycémiante laquelle débute vers la première et la deuxième heure, et dans quelques cas seulement après trois ou quatre heures ;

2° L'extrait de pulpe dentaire n'a pas une action constante sur la glycémie et la glycosurie du chien dépancréatisé. Il réduit peut-être le taux de la glycémie et de la glycosurie seulement dans les premiers jours qui suivent l'ablation du pancréas. Son action devient ensuite nulle et l'animal s'achemine à la mort comme si on l'avait laissé sans traitement ;

3° L'extrait de pulpe dentaire à une dose appropriée est capable de neutraliser l'hyperglycémie adrénalinique.

C. Ruppe.

Provvisionato. ***Données nouvelles sur le processus de calcification de la dent*** (*La Stomatologia*, t. **33**, n° 9, Septembre 1935). — P., après avoir rappelé l'amélocalcification, étudie tout particulièrement le *rôle des phosphatases*. Celles-ci, d'après Robison et Kay, font partie des estérases et hydrolisent les composés organiques phosphorés. Elles provoquent une augmentation de concentration des ions phosphates. Le taux de solubilité de phosphates mono ou bicalciques se trouve ainsi dépassé et il y a précipitation des phosphates. Cette action des phosphatases est réversible. Après Robison, Mackenzie a étudié la phosphatase dentaire. Il conclut que cet enzyme est assez comparable à la phosphatase de l'os, pour ce qui concerne le rapport entre son activité dans l'hydrolyse du glycérophosphate et le *pH optimum*, son activité augmentée en présence du magnésium et enfin son pouvoir de synthétiser les éthers phosphoriques dans certaines conditions. Dans l'os aussi bien que dans la dent des animaux soumis à l'expérience, la distribution et l'action de l'enzyme sont en rapport direct avec la quantité de substance minérale déposée dans le tissu.

P., étudiant la dent saine humaine, montre que la phosphatase existe à son niveau, surtout dans les dents en voie de calcification ; elle décroît au fur et à mesure du complet développement de la dent, sans cependant disparaître complètement. La plus grande proportion de cette diastase existe entre 9 et 12 ans.

C. Ruppe.

CASOPIS LEKARU CESKYCH
(Prague)

A. Velich et **P. Sevcenko.** ***Contribution à l'étude de l'importance du cuivre dans le lait de femme*** (*Casopis lékaru ceskych*, n° 2, 10 Janvier 1936, p. 41). — Les analyses chimique de lait exécutées jusqu'alors donnent des chiffres très différents pour la teneur du lait en cuivre. Les différences sont surtout marquées quand on compare les analyses du lait de femme avec celles du lait de vache. Cette question est d'une grande importance parce qu'elle pourrait contribuer à éclaircir l'origine des anémies des nouveau-nés nourris par lait de vache. Récemment, on a considéré, en effet, la teneur réduite en cuivre du lait de vache comme la cause de ces troubles. C'est pourquoi V. et S. ont voulu étudier le taux du cuivre dans le lait de femme, en utilisant une technique aussi exacte que possible. Ils ont appliqué à l'analyse du lait la méthode polarographique de Heyrovsky, dont on connaît les résultats remarquables dans différents domaines de la chimie microanalytique.

Le colostrum avant l'accouchement est riche en cuivre, 0,00078 pour 100 et même après l'accouchement il en contient beaucoup, 0,00062 p. 100, mais le taux du cuivre diminue lors de la transformation en lait. Le lait a une quantité maxima de 0,00007 pour 100. Aussi les urines et les selles des nouveau-nés contiennent-elles, les premiers jours après l'accouchement, relativement beaucoup de cuivre; maximum 0,00038 pour 100. Toutefois, le taux du cuivre dans le colostrum et surtout dans le lait varie beaucoup, même chez les sujets à régime alimentaire constant.

V. et S. n'ont pu trouver aucune relation entre l'âge et la teneur en cuivre du colostrum ou lait, ni un rapport quelconque entre la période de lactation et le pourcentage du cuivre chez les diverses femmes. Cependant, les différences de la teneur du lait en cuivre chez divers sujets sont si nettes, qu'une relation de l'anémie des nouveau-nés avec le taux de ce métal dans le lait ne semble pas impossible. D'après les résultats de leurs analyses, on peut aussi croire à une certaine relation entre l'anémie des nourrices et l'élimination du cuivre.

Jean Tchervenіansky.

ROZHLEDY V CHIRURGII A GYNEKOLOGII
(Prague)

Polak E. et A. Gjuric. ***Contribution à l'opération de Jedlicka dans le traitement des kystes du pancréas*** (*Rozhledy v chirurgii a gynekologii*, n° 3, 1935, p. 316). — Il s'agit d'un cas de kyste véritable du pancréas consécutif à une résection de l'estomac, kyste qui s'était probablement formé à la suite de l'étranglement d'un canal excréteur au cours de l'opération. Après la marsupialisation du kyste, une fistule s'était produite qui résista à tout traitement pendant trois années. Un examen de la sécrétion montra qu'il s'agissait d'un kyste vrai, sécrétant les trois ferments du pancréas. En faisant un examen comparatif du suc duodénal et de celui de la fistule, on a pu établir l'influence de divers aliments sur la sécrétion du pancréas et démontrer que les hydrates de carbone produisent le plus grand effet de stimulation sur le pancréas. En second lieu viennent l'éther, les graisses, le blanc d'œuf et enfin le lait. La fistule ne se refermant pas après des régimes appropriés, on a procédé à une anastomose pancréato-gastrique suivant la technique de Jedlicka. Guérison du malade.

Jean Tchervenіansky.

Zahourek. ***La « pseudonéphrolithiase ». Etiologie et caractères cliniques et radiologiques*** (*Rozhledy v chirurgii a gynekologii*, 1935, n° 3, p. 393). — Communication de trois cas de pseudo-néphrolithiase dont la base organique était une sténose de la partie sous-pelvienne de l'uretère, provoquée par des adhérences.

Z. décrit la symptomatologie, l'étude radiologique et l'étiologie des cas observés, dont un a été opéré.

La pseudolithiase ressemble par ses symptômes cliniques à la lithiase rénale vraie, mais les coliques douloureuses de la « pseudo-néphrolithiase » n'irradient pas dans la région inguino-génitale, elles sont localisées dans l'angle costovertébral, ou irradient dans la région lombaire supérieure. Un grand nombre de maladies des reins et uretères peuvent ressembler aux coliques rénales ou urétérales provoquées par les calculs et c'est pourquoi on peut comprendre que ces violentes douleurs avec hématurie peuvent être la cause d'erreurs de diagnostic et même de fautes graves dans le traitement opératoire. Le caractère du processus pathologique peut être déterminé par l'examen radiologique du système urinaire. Mais la radiographie simple des reins et des uretères ne suffit pas.

Les causes de « la pseudolithiase » sont d'anciennes inflammations des reins ou des lymphadénites sus-périrénales, ou des étranglements de l'uretère par un vaisseau aberrant; enfin, il y a des cas dont on ne peut retrouver l'étiologie. Aussi, l'existence de la pseudolithiase peut-elle être affirmée avant tout par la néphropyélographie intraveineuse qui peut différencier la sténose de l'uretère des spasmes intermittents ou des sténoses physiologiques. La pyélographie transvésicale ne suffit pas en général à affirmer le diagnostic.

Jean Tchervenіansky.

THE TOHOKU JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Kyoto)

E. Inaba. ***Action de l'acétylcholine sur l'excrétion d'adrénaline et sur la glycémie du chien; influence des nerfs splanchniques*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. **27**, nos 3-4, Octobre 1935, p. 245-262). — I. a injecté de l'acétylcholine sous la peau de chiens normaux

ou ayant subi la section bilatérale des splanchniques, et il a mesuré à diverses reprises la glycémie et le taux d'excrétion de l'adrénaline. Le champ opératoire était préalablement rendu insensible par la section des racines dorsales correspondantes et le sang de la surrénale était recueilli sans faire jeûner les animaux ni les soumettre aux anesthésiques. Il estimait l'adrénaline au moyen du test du segment d'intestin de lapin, et parfois simultanément au moyen de la réaction paradoxale de la pupille du chat.

Chez les chiens normaux 15 milligr. d'acétylcholine par kilogramme déterminèrent invariablement une augmentation du taux d'excrétion de l'adrénaline et de l'hyperglycémie, mais l'excès fut au plus de 0,0001 milligr. d'adrenaline par kilogramme et par minute (provenant d'une seule glande) et de 0,01 à 0,03 pour 100 de sucre.

Chez les chiens ayant subi la section des splanchniques, l'augmentation fut indiscutablement plus forte, allant de 0,0002 à 0,0007 par kilogramme et par minute pour l'adrénaline et de 0,02 à 0,08 pour 100 pour le sucre. La rapidité avec laquelle apparurent et disparurent l'hyperadrénalinémié et l'hyperglycémie se montra notablement plus grande chez les chiens splanchnotomisés. Pour expliquer ce fait curieux, on peut supposer qu'une impulsion inhibitrice s'exerce par les nerfs splanchniques dans l'intoxication par l'acétylcholine, tandis que cette substance agit directement sur la médullaire surrénale pour libérer l'adrénaline.

P.-L. Marie.

F. Watanabe. ***Influence de la nicotine sur l'excrétion d'adrénaline par les surrénales et sur la glycémie chez le chien*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. **27**, nos 3-4, Octobre 1935, p. 335-348). — La nicotine occupe une position spéciale parmi les toxiques provoquant la sécrétion surrénale, en ce qu'elle agit directement sur la médullaire surrénale. D'autre part, elle détermine une hyperglycémie importante, que les splanchniques soient intacts ou sectionnés ou que les surrénales ou la médullaire surrénale aient été laissées intactes ou aient été enlevées. Il n'est donc pas sans intérêt de chercher quelle signification au sens quantitatif doit être attribuée à l'hypersécrétion d'adrénaline due à l'intoxication nicotinique dans la production simultanée de l'hyperglycémie. W. a poursuivi des recherches de ce côté en opérant de façon aussi physiologique que possible.

Le sang de la surrénale fut prélevé chez le chien par la méthode lombaire de Satake et le taux d'adrénaline fut estimé au moyen de la méthode du segment d'intestin de lapin et de la réaction paradoxale de la pupille du chat. La nicotine fut injectée par voie veineuse à la dose de 1 milligr., 0 milligr. 75 et 0 millig. 5 par kilogramme; cette dernière dose n'exerça guère d'influence sur la sécrétion d'adrénaline ni sur la glycémie.

On trouva toujours la vitesse de sécrétion de l'adrénaline et la glycémie augmentées immédiatement après l'injection; les chiffres maximum furent de 0 milligr. 0001 à 0 milligr. 0003 par kilogramme et par minute pour l'adrénaline, et de 0,16 à 0,18 pour 100 pour le sucre. La période d'hypersécrétion et d'hyperglycémie dura de 10 à 20 minutes, c'est-à-dire bien plus longtemps que chez les chats anesthésiés pourvus d'une poche cave dans les expériences des auteurs précédents (Stewart et Rogoff, etc.).

La section bilatérale des splanchniques n'eut aucune influence sur l'intensité et sur la durée de l'augmentation de ces deux valeurs, si l'on néglige les minimes différences.

P.-L. Marie.

K. Itikawa. ***Effet de la compression du globe oculaire sur la glycémie chez les lapins normaux, chez les lapins ayant subi la section bilatérale des splanchniques et chez les lapins privés de surrénales*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. **27**, n° 6, 22 Décembre 1935, p. 542-550). — Chez les lapins normaux, I. a constaté, comme l'avait déjà vu Santenoise, que la compression de l'œil pendant une minute produit une hyperglycémie légère dont le maximum est de 0,15 pour 100. Ce maximum fut atteint en moyenne au bout d'une heure après la compression et la période d'hyperglycémie s'étendit sur une durée d'une heure environ.

La même manœuvre, faite sur des lapins ayant subi la splanchnotomie bilatérale ou privés de surrénales, n'est suivie que d'une hyperglycémie insignifiante.

Lors de l'acmé de l'hyperglycémie, on constata chez la majorité des animaux normaux une tachycardie nette qui fit défaut chez les lapins à splanchniques sectionnés et qui se montra dans la moitié des cas chez les lapins sans surrénales.

Il faut noter que, par précaution, les lapins ne furent soumis ni au jeûne ni à l'anesthésie générale.

P.-L. Marie.

S. Takai. ***La constipation habituelle, signe de pré-béribéri des nourrissons. Effet de la vitamine B. Expérimentation clinique dans un groupe d'enfants nourris avec un lait à réaction d'Arakawa négative*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. **27**, n° 6, 22 Décembre 1935, p. 589-598). — T. attire l'attention sur une cause nouvelle de constipation chez les nourrissons nourris au sein : la carence du lait maternel en vitamine B. Cette constipation ne diffère pas apparemment de la constipation banale et bien tolérée des nourrissons allaités au sein, mais elle doit être considérée en réalité comme le symptôme prémonitoire de troubles sérieux ou comme un signe de pré-béribéri du nourrisson.

T. a observé 16 nourrissons présentant des symptômes de pré-béribéri et qui tous étaient très constipés. Le lait maternel donnait une réaction d'Arakawa négative, indice d'avitaminose B. Par ailleurs, 5 des mères avaient des symptômes de béribéri et plusieurs une constipation opiniâtre. Un tiers présentait de l'hypogalactie.

T. s'est contenté de donner pour toute médication de la vitamine B, soit à la mère, soit à l'enfant, soit aux deux à la fois. Sauf dans 2 cas, la constipation des nourrissons disparut. Elle s'améliora également chez les mères et la réaction d'Arakawa devint positive tandis que la sécrétion lactée augmentait.

P.-L. Marie.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

Hirano. ***Pseudo-xanthome élastique avec stries pigmentaires de la rétine*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. **38**, n° 5, Novembre 1935, p. 126). — Depuis que Gröhnblad eut signalé, en 1929, le 1er cas de pseudo-xanthome élastique avec stries pigmentaires de la rétine, 14 cas ont été publiés jusqu'en 1934 et H. rapporte le 4e cas observé au Japon.

Une jeune fille de 22 ans avait depuis 4 ans, au cou, dans les régions claviculaires et axillaires, des lésions d'un jaune clair, ovalaires ou arrondies, grosses comme un grain de riz, isolées ou confluentes; la peau paraissait à ce niveau plus dure que la peau normale. Histologiquement, on trouva les lésions des fibres élastiques décrites par Darier sous le nom d'*élastorrhexis*.

Pas de cellules xanthomateuses, ni de dépôts calcaires.

Dans les 2 yeux, autour de la papille, on trouva des stries pigmentaires de la rétine, disposées d'une façon radiée; il n'existait aucun trouble visuel.

R. Burnier.

Fujita et **Nagata.** ***2 cas d'agranulocytose au cours d'un traitement antisyphilitique*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. **38**, n° 5, Novembre 1935, p. 127-128). — F. et N. ont rapporté à la Société de dermatologie de Tokio (13 Novembre 1934) 2 cas d'agranulocytose observés chez 2 prostituées de 20 et 21 ans, à la suite d'un traitement antisyphilitique.

Chez l'une, après 5 injections de novarsénobenzol, associées au bismuth, apparut brusquement une angine nécrotique droite avec fièvre élevée, frissons et fatigue générale. L'examen du sang montra une chute considérable des leucocytes : 1.200, 800, 370, et même 100 à la veille de la mort ; il s'agissait presque exclusivement de lymphocytes. Malgré les transfusions de sang, les injections de glucose et d'hyposulfite de soude, la mort survint le 10e jour.

Chez l'autre malade, les accidents apparurent après la 15e injection de bismuth en émulsion huileuse : tuméfaction des 2 amygdales avec fièvre élevée et troubles généraux; les lésions amygdaliennes devinrent rapidement nécrotiques. Mais dans ce cas le traitement par le glucose et l'hyposulfite amena une amélioration de la formule sanguine: les leucocytes qui étaient descendus à 2.500, composés surtout de lymphocytes (79 pour 100), remontèrent assez rapidement à 6.000 et la malade sortit guérie au bout d'un mois.

R. Burnier.

Toyama, Ichikawa et **Chinoda.** ***Traitement de la lymphogranulomatose inguinale par les injections intraveineuses d'antigène de Frei*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. **38**, n° 5, Novembre 1935, p. 128). — T., I. et C. ont traité avec succès 14 cas de maladie de Nicolas-Favre par les injections intraveineuses d'antigène de Frei. La dose injectée varie de 0,5 à 10 cmc.

Au bout de 4 à 18 heures, apparaît une réaction intense, avec frissons, fièvre élevée (38-41°) qui dure de 10 à 48 heures.

L'action thérapeutique se manifeste après la 2e ou 3e injection.

R. Burnier.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

S. Petri, A. S. Ohlsen et **D. Böggild.** ***Recherches expérimentales sur les anémies gastrogènes chez le chien*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **87**, nos 1-2, 11 Décembre 1935, p. 14-33). — Depuis les publications de Castle sur la fonction antianémique de l'estomac, on s'est efforcé par des recherches cliniques et thérapeutiques de préciser la production et le mode d'action de la substance régularisant l'hématopoïèse (facteur intrinsèque) et de découvrir la portion de la muqueuse gastrique qui l'élabore. Mais jusqu'ici les recherches expérimentales sur l'animal ont été plutôt négligées.

Pour éclairer les rapports entre la fonction gastrique et l'hématopoïèse, P., O. et B. ont institué 5 catégories d'expériences. 34 chiens ont été employés dont 12 ont été observés jusqu'à un an et demi. Après résection de divers segments de l'estomac et du duodénum, ils ont vu trois types d'anémie chronique ou subchronique se manifester :

1° Un type hypochrome avec tendance à la po-

lycythémie, après extirpation du pylore et de la portion du duodénum où se trouvent les glandes de Brünner;

2° une anémie simple, se développant très rapidement, grave et même à évolution vers la mort, après extirpation de l'estomac tout entier et de la portion du duodénum à glandes de Brünner;

3° une anémie simple, modérée, stationnaire, après extirpation du fundus et après extirpation du pylore et du duodénum tout entier.

Jusqu'ici ils n'ont pas constaté d'hyperchromie, de mégalocytose ni de leucopénie, sauf chez un animal de la seconde catégorie, qui, un an après la résection, présenta une anémie grave avec hyperplasie de la moelle osseuse, hyperchromie et leucopenie, mais sans mégalocytose.

Pour les auteurs, ces anémies sont d'origine gastrogène et doivent être mises sur le compte de la suppression d'une fonction antianémique spécifique, tout au moins dans certaines catégories d'expériences. Cette fonction implique deux facteurs indépendants, l'un, qui intervient dans la production des hématies, l'autre, dans la formation de l'hémoglobine. Les expériences ont permis d'être renseigné sur leur localisation.

Ces trois types d'anémie ont plus ou moins réagi au fer, mais non aux préparations d'estomac et de foie.

D'après ces recherches, P., O. et B. croient qu'il est possible de réaliser chez le chien des formes de transition voisines de l'anémie pernicieuse.

P.-L. Marie.

F. Mainzer. ***A propos de la nycturie.* I. *Influence des ions sur le rapport volumétrique entre l'urine du jour et l'urine de la nuit*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **87**, n°s 1-2, 11 Décembre 1935, p. 139-153). — Jusqu'à ces dernières années on a pensé que la nycturie chez les cardiaques et les rénaux relevait d'un simple trouble de l'équilibre du métabolisme des sels, les quantités d'eau et de substances à éliminer par l'urine ne pouvant être excrétées qu'insuffisamment pendant le jour et la nuit devant venir en aide pour accomplir cette tâche, l'insuffisance du travail diurne dépendant de causes hydro-dynamiques, tissulaires ou rénales. Mais divers travaux récents ont montré l'existence d'un rythme neuro-hormonal autonome, réglant les rapports des volumes diurne et nocturne de l'urine, la diminution normale de l'urine nocturne étant en grande partie indépendante de la restriction d'eau pendant la nuit et du sommeil. La nycturie est un indice d'un trouble de cette régulation, celui-ci restant inexplicable par les considérations classiques, surtout si l'on tient compte, en dehors de la quantité d'urine plus grande éliminée pendant la nuit, de la concentration nocturne proportionnellement plus élevée en chlorures et de la densité nocturne plus forte.

Dominé par l'idée d'une régulation autonome du rythme de l'élimination urinaire et partant de l'antagonisme bien connu des ions, M. a étudié l'influence de divers ions sur le rapport entre la quantité diurne et nocturne d'urine, en administrant par périodes différents sels, à doses physiologiques, par la bouche, à des sujets normaux et à des nycturiques; éliminant les rénaux et les cardiaques, il n'a choisi que des cas de nycturie d'origine neuro-endocrinienne, des convalescents de maladies infectieuses ou parasitaires pour la plupart.

Déterminant le volume des urines diurnes et nocturnes, leur densité, leur taux de chlorures et leur pH respectifs, il a constaté que Na, Cl et l'acidose favorisent la nycturie, et qu'au contraire K, Ca et l'alcalose l'entravent. Il n'existe pas de concordance entre l'action diurétique et antidiurétique des ions, d'une part, et leur influence favorisante ou empêchante à l'égard de la nycturie, ces deux effets ne peuvent donc être mis en parallèle. M. estime, en conséquence, que cette influence des ions sur la nycturie témoigne de l'action des ions sur la régulation du rythme d'élimination.

P.-L. Marie.

H. Rothmann. ***Diagnostic et traitement de la maigreur hypophysaire*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **87**, n°s 1-2, 11 Décembre 1935, p. 168-179). — R., après avoir insisté sur la concaténation du système endocrinien qui rend souvent difficile un diagnostic exact, souligne que les maladies de la nutrition, telles que la maigreur et l'obésité, ne peuvent plus être envisagées actuellement comme de simples questions de bilan. A ce propos, R. étudie la maigreur d'origine hypophysaire (asthénie grave hypophysaire de Wahlberg) dont il rapporte 3 observations. Elle se montre surtout chez des femmes et des jeunes filles au moment de la puberté, parfois à la suite d'un accouchement ou d'un avortement. Elle se caractérise par un habitus asthénique gracile, de la sécheresse de la peau, une mauvaise circulation avec pâleur et refroidissement des téguments, l'absence de sueurs, la petitesse du cœur, l'hypotension, la constipation spasmodique, l'irrégularité et le peu d'abondance des règles, parfois de l'aménorrhée, de la dépression psychique. Souvent il existe de l'hypoglycémie, mais rarement des modifications du métabolisme basal. L'anorexie est constante, la nervosité extrême; les facultés intellectuelles ne sont pas diminuées. Le tableau clinique est d'ailleurs très polymorphe.

R. oppose cette maigreur hypophysaire à la cachexie hypophysaire atrophique de Simmonds où la maigreur est excessive et atteint avec prédilection la partie supérieure du corps.

La cure de suralimentation, l'insulinothérapie et les stimulants de l'appétit restent sans succès, et sont souvent mal supportés. Par contre, l'opothérapie (préparations d'antéhypophyse, employées de préférence par voie parentérale et en quantités suffisantes, thyroïde à petites doses, hormone folliculaire, etc.) donne souvent de bons résultats. Le dysfonctionnement primitif du lobe antérieur de l'hypophyse entraînant une insuffisance des autres glandes endocrines, l'opothérapie devra ne pas s'adresser exclusivement à l'hypophyse.

P.-L. Marie.

S. Livierato et **C. Salata** (Athènes). ***Recherches biologiques en vue du diagnostic du paludisme latent*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **87**, n°s 3-4, 30 Décembre 1935, p. 189-213). — Les difficultés considérables que présente parfois le diagnostic du paludisme latent ont incité les chercheurs à tâcher de déceler des réactions biologiques pouvant se produire dans l'organisme des sujets atteints de paludisme.

Après de nombreux échecs, la méthode de Henry est venue apporter une aide précieuse au diagnostic. On sait qu'elle repose sur la mise en présence du sérum à examiner et d'antigène de mélanine préparé avec la couche pigmentaire de l'œil de bœuf. S'il s'agit de sérum de paludéen, il se produit une floculation. Livierato a montré que l'on pouvait également se servir de la mélanine provenant de la seiche.

Dans ce travail L. et S. étudient la meilleure méthode de préparation de l'antigène de mélanine de seiche, puis exposent comparativement les résultats donnés par les deux antigènes et discutent la valeur de la réaction du point de vue diagnostique. La technique est très minutieusement indiquée.

Ils arrivent aux conclusions suivantes :

La mélano-floculation de Henry possède une valeur diagnostique. Appliquée à 633 cas de paludisme, dont 142 diagnostiqués par la présence de l'hématozoaire et 491 par l'examen clinique, la réaction se montra positive dans une proportion de 82,6 pour 100 pour la mélanine de bœuf, et de 79 pour 100 pour la mélanine de seiche, chez les malades dont le paludisme avait été diagnostiqué cliniquement. La réaction fut positive dans la proportion de 85,5 pour 100 pour la mélanine de bœuf, et de 70,3 pour 100 pour la mélanine de seiche, chez les malades dont le paludisme avait été diagnostiqué par la présence de l'hématozoaire. L'antigène de mélanine de seiche possède donc une sensibilité et une spécificité à peu près égales à celles de l'antigène de mélanine de bœuf.

Plus la rate du malade est volumineuse, et plus la réaction est positive.

La positivité de la réaction diminue, ou va jusqu'à disparaître, lorsque la prise de sang est faite après les premiers accès de fièvre ou qu'elle a lieu au cours de ceux-ci.

La spécificité de la réaction n'est pas absolue. Elle fut positive dans 100 pour 100 des cas de leishmaniose viscérale, dans 13,7 pour 100 des cas de syphilis pour la mélanine de bœuf, dans 90 pour 100 des cas de syphilis pour la mélanine de seiche; elle se montra parfois positive chez des tuberculeux indemnes de paludisme. Chez les sujets sains non paludéens la réaction fut négative dans la proportion de 93 pour 100 pour la mélanine de bœuf, et de 97 pour 100 pour la mélanine de seiche. Ces résultats réduisent évidemment la signification de la réaction.

P.-L. Marie.

T. Lindquist. ***De l'acalculie*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **87**, n°s 3-4, 30 Décembre 1935, p. 225-272). — Le terme d'acalculie est employé par Henschen au sens de troubles du calcul en général.

Après avoir exposé les diverses opinions concernant la genèse de l'acalculie et la localisation cérébrale de la faculté du calcul, L. rejette la conception de Henschen d'après laquelle cette faculté disposerait d'un appareil cérébral spécial, à plusieurs centres, en vue de l'accomplissement des diverses fonctions partielles du calcul. L. n'admet pas davantage les idées de Goldstein sur un trouble fondamental uniformément présent chez les différents malades et constituant la base véritable de tous les troubles. Il repousse également celles de Head, pour qui l'acalculie serait en somme un phénomène parallèle à l'aphasie concomitante. Ce qui semble probable, c'est que l'acalculie reconnaît des causes différentes suivant les cas. Parmi ces causes, on peut invoquer des facteurs visuels et cinétiques, ainsi que des troubles aphasiques. Toutefois le rôle le plus important est probablement joué par les troubles intéressant les fonctions psychiques de l'ordre le plus relevé.

L. relate ensuite 2 observations personnelles.

Chez le premier patient qui présentait une aphasie amnésique prononcée, il ne restait des capacités de calcul que celle de compter les objets. Il était incapable de concevoir la signification des nombres entendus, mais cette incapacité ne se rattachait pas à une surdité numérique, vu qu'une analyse plus approfondie de la conception des nombres chez ce malade prouvait qu'une pareille conception n'existait que pour les objets directement observés; par suite les nombres ne se reliant pas à des objets matériels étaient pour lui quelque chose d'inconcevable. L'autopsie montra un glioblastome dans la partie postérieure de la seconde circonvolution temporale gauche. Cette observation semble donc appuyer l'opinion émise par Berger que l'acalculie s'accompagnant de troubles graves du mécanisme intellectuel peut se rencontrer dans les lésions du lobe temporal.

La seconde observation offre des troubles à peu près similaires du point de la conception des nombres. Le malade n'en donnait pas moins des solutions rapides et généralement exactes à des questions faciles d'addition et de multiplication. D'un examen plus approfondi de sa capacité à cet

égard, il ressort qu'il s'agit d'un calcul purement mécanique, et ce calcul diffère de la façon dont les sujets normaux exécutent des opérations analogues en ce que les résultats ne sont l'objet d'aucun triage, d'aucun contrôle. Dans ce cas, à en juger par le tableau clinique, il s'agissait d'une tumeur à croissance rapide du lobe occipital gauche, empiétant sur le lobe temporal.

P.-L. Marie.

L. Meyler (Groningue). ***Urémie post-hémorragique*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **87**, nos 3-4, 30 Décembre 1935, p. 313-326). — M. isole un type d'azotémie extra-rénale qui se rencontre chez les malades tombant dans le coma à la suite d'une hémorragie grave, due en particulier à un ulcère gastrique.

Expérimentalement il a pu rendre urémiques des cobayes en les saignant quotidiennement. A l'autopsie, il existait une dégénérescence de l'épithélium rénal, sans signes de néphrite, et une dégénérescence graisseuse accusée du foie. Ces lésions furent retrouvées chez un malade qui avait succombé à une hémorragie gastrique.

Bilans azotés à l'appui, M. rapporte plusieurs observations de malades atteints d'hémorragies gastriques graves qui présentaient dans leur sang une accumulation de produits azotés résiduels. Une forte quantité est excrétée par les reins et la concentration est à son maximum. Aussi longtemps que les reins restent égaux à leur tâche, il ne se produit pas d'urémie, mais si les reins sont légèrement altérés, si la diurèse devient faible, ou si la pression sanguine tombe, il y a rétention de produits azotés résiduels, suivie de symptômes d'urémie.

Les sujets atteints d'hémorragies gastriques présentent un état de déshydratation grave, et c'est celle-ci qui, pour M., conduit à une énorme destruction toxique de protéines. Il établit que l'urémie n'est pas directement causée par l'anémie. Les cobayes rendus anémiques, mais auxquels on donne du liquide par voie sous-cutanée, ne deviennent pas urémiques. Bien qu'il ne veuille pas insinuer que, dans les cas d'hémorragie, la mort est due à l'urémie, celle-ci doit être considérée comme une grave complication, forcément très préjudiciable à l'organisme. Il est donc indiqué d'administrer de grosses quantités de liquide lors des pertes de sang, pour lutter contre la déshydratation, facteur de destruction toxique excessive de protéines, et d'alimenter les malades aussi précocement que possible, pour combattre les effets fâcheux du jeûne sur le foie et éviter sa dégénérescence graisseuse qui semble due au manque de glycogène.

P.-L. Marie.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

I. Boas. ***Produits de désintégration du sang dans le tube gastro-intestinal et leur signification clinique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **65**, no 52, 28 Décembre 1935, p. 1241-1244). — B. remarque que, d'après l'état actuel de la science, on doit admettre la possibilité de l'existence, dans les selles, de trois dérivés du sang : 1° l'hémoglobine et ses différentes formes ; 2° les hémines et enfin 3° la porphyrine.

En ce qui concerne l'hémoglobine, il n'est pas rare d'en trouver dans les selles au cours d'états pathologiques divers et on doit toujours y songer quand on trouve une réaction un peu marquée de la peroxydase. Bien qu'on ne doive pas l'apprécier d'une façon schématique, néanmoins, la constatation d'hémoglobine a plus d'importance que celle d'hématine. Elle peut cependant manquer dans les tumeurs gastriques squirrheuses, comme le carcinome du pylore avec stase. Les hémorragies malignes et bénignes se distinguent par le fait que les premières persistent toujours identiques ou augmentent alors que les autres disparaissent sous l'influence du traitement.

Au point de vue technique, B. utilise la propriété de l'hémoglobine de se dissoudre dans l'alcool neutre. Un frottis mince de selle fait dans une cupule de porcelaine est traité au moyen d'acétone qui le débarrasse des substances capables d'inhiber la réaction catalytique puis, après décantation, par 5 cmc d'alcool auquel on ajoute quelques gouttes d'acide acétique. On réduit ainsi l'hémoglobine en hémine qui peut être retrouvée par la réaction du fluorène ou par un examen spectroscopique.

Les hémines forment deux groupes : la protohémine qu'on appelait autrefois hématine et les deutérohémines (copratine de Schumm ou pyratine). Ces dernières diffèrent des protohémines par une bande d'absorption au voisinage non pas de 557 μ, mais de 545 μ. En général, d'ailleurs, le spectre est mixte et il se trouverait, d'après B., avec une très grande fréquence, dans les selles de sujets atteints de cancer du tube digestif.

Le produit de désintégration du sang le plus important est représenté par la stercoporphyrine qui apparaît comme produit de désintégration sans fer de l'hémoglobine ainsi que de la chlorophylle et les levures. En cas d'alimentation mixte, on trouve trois espèces de porphyrine : la coproporphyrine, la deutéroporphyrine et la protoporphyrine. La première est également celle qu'on trouve surtout dans l'urine, dans les états pathologiques bien qu'elle augmente aussi après ingestion de viande. La deutéroporphyrine est la seule qui puisse être considérée comme d'origine exclusivement hématogène, n'apparaissant jamais en cas de régime végétarien.

Pour rechercher ces corps, B. utilise une méthode fondée sur le fait que la coproporphyrine est insoluble tandis que la deutéroporphyrine est modérément soluble et la protoporphyrine assez soluble dans le chloroforme pur. D'autre part, avec un extrait éthéré additionné d'acide chlorhydrique, on arrive, dans certaines conditions dont le détail est donné, à constater qu'en cas de processus malins du type gastro-intestinal, la teneur en porphyrine et plus spécialement en deutéroporphyrine des matières fécales est très élevée. Ces méthodes spectroscopiques ou spectrochimiques ont une grande importance parce que bien souvent l'examen aux rayons Rœntgen ne donne pas de réponse nette.

P.-E. Morhardt.

SRPSKI ARHIV

(Belgrade)

G. Boiovitch. ***Dynamique de la morphogénèse du cancer ; allergie cancéreuse et phénomène anaphylactique comme moyen de diagnostic du cancer*** (*Srpski Arhiv*, t. **37**, no 10, Octobre 1935, p. 787-818). — B. a injecté à 60 malades en injections sous-cutanées ou intra-veineuses 2-3 cmc du lysat spécial du tissu cancéreux après digestion du tissu cancéreux de l'utérus par la pepsine et la trypsine, d'après la méthode de Joannovitch, et a examiné ensuite, toutes les demi-heures, la tension artérielle, la formule leucocytaire et la sédimentation des érythrocytes. Chez les malades atteints de cancer, de sarcome globocellulaire et d'adénome, la tension artérielle systolique et diastolique baissait après l'administration de la substance, la sédimentation se montrait ralentie et le nombre des leucocytes diminué de 50 pour 100, tandis que la formule leucocytaire montrait une lymphocytose avec éosinophilie. D'après B. ces manifestations sont celles de la réaction anaphylactique prolongée qui est l'expression de l'allergie existante dans l'organisme cancéreux. Provoquant la réaction anaphylactique chez les malades atteints de sarcome globocellulaire, de goitre adénomateux et d'autres processus inflammatoires subaigus, le lysat ne possède donc pas une spécificité cancéreuse. La réaction anaphylactique positive prolongée chez les cancéreux prouve que dans l'organisme les fonctions de production des anticorps produisent les auto-anticorps aux dépens des albumines de leurs cellules constituantes. La valeur de la réaction anaphylactique prolongée chez des malades cancéreux est plus importante pour l'étude ultérieure des processus physio-pathologiques du cancer et de ses rapports communs avec d'autres états physio-pathologiques que dans le diagnostic même du cancer.

Lazare Stanoyévitch.

M. Vratschevitch. ***L'importance et l'essence du phénomène cutané dans le diagnostic pleural*** (*Srpski Arhiv*, t. **37**, no 11, Novembre 1935, p. 901-910). — Sorgo a décrit en 1926 un symptôme clinique qui indique un processus pathologique sur la plèvre pariétale. En pinçant des doigts la peau du côté dorsal ou ventral du thorax des malades qui ont eu une pleurésie sèche ou avec épanchement, cet auteur remarqua, en comparant les plis cutanés symétriques des deux côtés du thorax, qu'ils sont plus épais et plus succulents du côté correspondant au processus morbide. V. a contrôlé ce symptôme sur un grand nombre de malades et l'a trouvé positif dans 60 à 70 pour 100 des cas de pleurésies. Le symptôme de Sorgo peut aussi servir au diagnostic différentiel entre les lésions apicales pulmonaires et les pleurésies apicales. L'épaisseur et la succulence des plis cutanés du côté malade proviennent, d'après Durig, de la stase lymphatique du même côté. Le même phénomène a été observé après le pneumothorax artificiel. D'après l'expérience de V., le symptôme cutané de Sorgo est d'une grande valeur pour la connaissance et le diagnostic des lésions pleurales.

Lazare Stanoyévitch.

P. Dretzoun. ***L'hypertonie paroxystique unilatérale comme signe d'irritation centrale*** (*Srpski Arhiv*, t. **37**, no 12, Décembre 1935, p. 961-971). — La mesure de la tension comparée aux deux bras, chez les sujets à tension normale, comme chez ceux à hypertension permanente ou paroxystique, a montré une différence de 0 à 10 milligr. de mercure. En mesurant la tension artérielle toutes les 10 minutes, D. a obtenu des variations légères, de 5 à 10 milligr. de mercure, avec une différence entre la plus haute et la plus basse tension maxima allant jusqu'à 50 milligr. Certains hypertendus présentent temporairement une augmentation unilatérale de la tension qui peut dépasser 70 millim. de mercure pour la pression maxima. Ce paroxysme unilatéral est fréquemment accompagné soit du malaise, soit de l'engourdissement d'une partie ou de la moitié du corps, engourdissement qui disparaît avec le paroxysme. Dans quelques cas, ce paroxysme unilatéral a devancé une attaque d'apoplexie. Se basant sur l'observation prolongée de tels cas, D. considère l'hypertonie paroxystique comme un signe d'irritation centrale et même comme un signe précurseur de l'état préapoplectique. La connaissance de ce signe permet donc une action thérapeutique préventive.

Lazare Stanoyévitch.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

A.-B. Marfan. ***Sur l'étiologie et la pathogénie des vomissements périodiques avec acétonémie*** (*Archives de médecine des enfants*, t. **39**, n° 1, Janvier 1936, p. 1-18). — Après avoir rappelé les traits essentiels des vomissements périodiques avec acétonémie, M. étudie dans cet article les causes et la pathogénie de cette affection.

Affection propre à l'enfance, les vomissements avec acétonémie se rencontrent surtout entre 2 et 8 ans; ils sont plus fréquents chez les garçons. Les sujets qui en souffrent présentent dans leurs antécédents héréditaires et personnels les manifestations de la diathèse neuro-arthritique: disposition aux arthralgies, myalgies, névralgies, à la goutte, à la migraine, à l'asthme, à l'eczéma, aux lithiases, aux hémorroïdes, à l'obésité, au diabète. Il s'agit habituellement d'enfants nerveux, excités, à l'humeur changeante, à la nutrition instable.

Les vomissements avec acétonémie sont beaucoup plus fréquents dans la classe aisée qu'à l'hôpital. Ils peuvent survenir spontanément, du moins en apparence, mais ils peuvent être provoqués par l'éruption dentaire, le surmenage intellectuel, un choc émotif, un repas trop copieux ou trop riche en corps gras, la constipation, l'administration d'un purgatif, surtout du calomel ou de certains médicaments, l'anesthésie chirurgicale, la ponction lombaire, une commotion traumatique, surtout le début de maladies aiguës fébriles.

Comme cause des vomissements périodiques, on a incriminé à tort ou sans preuves suffisantes: certains *régimes alimentaires* et notamment une alimentation riche en graisses (Emmet, Holt), certaines *affections des voies digestives*, certains *états névropathiques* ou une maladie générale comme *la syphilis* (H. Barbier).

Certains auteurs ont attribué la crise de vomissements périodiques à une poussée aiguë d'*appendicite*, épisode d'une appendicite chronique, mais on observe souvent des enfants à qui l'appendice a été enlevé et qui continuent à présenter des accès typiques de vomissements périodiques. M. a observé 21 cas de ce genre.

Une théorie récente attribue les vomissements périodiques à une *sténose du duodénum*, mais l'examen radiologique et l'épreuve du traitement n'ont pas confirmé cette hypothèse.

Pour expliquer la brusque perturbation des échanges qui se manifeste par l'accès de vomissements périodiques avec acétonémie, on a incriminé un choc analogue aux *chocs anaphylactiques*. Cette théorie est séduisante, mais elle laisse subsister bien des points obscurs et elle soulève des objections. En admettant qu'elle soit fondée, la nature de la sensibilisation de l'organisme reste ignorée. Quant aux causes déchaînantes des accès, ou elles nous échappent, ou elles sont si variables, non seulement d'un sujet à l'autre, mais encore chez un même sujet, que leur étude n'apporte à l'heure présente aucun éclaircissement.

G. Schreiber.

G. Paisseau, Mlle E. Bœgner et C. Vaille. ***Sténoses pyloro-duodénales du nourrisson*** (*Archives de médecine des enfants*, t. **39**, n° 1, Janvier 1936, p. 27-37). — Les syndromes occlusifs de l'estomac chez le nourrisson et chez le jeune enfant s'accompagnent d'un état de chloropénie totale avec élévation de la réserve alcaline, qui plaide en faveur d'une origine organique des vomissements et de la nécessité d'une intervention, surtout si le taux de la réserve alcaline atteint 80 (Ribadeau-Dumas).

P., B. et V. ont retrouvé ce syndrome humoral plus ou moins accentué dans 4 cas de sténose dont ils publient les observations. Ils attachent d'autant plus d'importance à ce syndrome que les vomissements sans obstruction des gastro-entérites aiguës, surtout dans les états cholériformes, se traduisent au contraire par un état d'hyperchlorémie avec acidose.

Les autres vomissements de l'enfance non organiques ne modifient pas sensiblement le taux des chlores sanguins ni la réserve alcaline à l'exception des vomissements acétonémiques.

Une des observations de P., B. et V. montre qu'ils ont pu éliminer par cette recherche un diagnostic de vomissements périodiques. Une seconde où il s'agissait de sténose duodénale et où le syndrome d'alcalose s'est montré nettement positif donne à penser que ce procédé de laboratoire pourrait servir à trancher la question encore discutée du rôle d'une sténose intermittente du duodénum par bride dans la production des vomissements acétonémiques (P. Duval, J.-C. Roux et Gatellier), rôle non admis par Marfan.

Au point de vue thérapeutique, il ressort nettement de ces quatre observations que le traitement rechlorurant par injections sous-cutanées de sérum artificiel et par le sérum chloruré hypertonique, par voie intestinale ou intraveineuse, est le traitement adjuvant de choix qui doit être utilisé pour la préparation à l'intervention et les soins post-opératoires de la pylorotomie extramuqueuse chez le nourrisson.

G. Schreiber.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

B. Paquet (Québec). ***L'atélectasie pulmonaire au cours des cancers sténosants des grosses bronches*** (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. **10**, n° 5, 1935, p. 333-352). — L'atélectasie d'un lobe pulmonaire ou de tout un poumon relève de l'oblitération passagère ou définitive des grosses bronches. Elle a ses symptômes fonctionnels, ses signes physiques et radiologiques, mais ce n'est qu'un syndrome pouvant relever de causes diverses. La plus importante est le cancer bronchique qui, extrinsèque ou intrinsèque, provoque la sténose bronchique.

Le diagnostic de cancer intrinsèque se fait surtout par la radiographie après lipiodol, la bronchoscopie et la biopsie. Le syndrome broncho-phrénico-récurrentiel et la présence de ganglions durs et indolents dans le cou ont une grande valeur de présomption pour le diagnostic clinique de cancer de la bronche.

Pour le diagnostic de l'atélectasie pulmonaire, la radiologie est le complément nécessaire d'un bon examen clinique. Elle montre principalement le rétrécissement hémithoracique, la déviation du médiastin qui subit un mouvement de balancement et l'élévation du diaphragme qui n'est pas déformé et est animé de légers mouvements. Cette mobilité des organes est le principal élément de diagnostic entre l'atélectasie et la sclérose rétractile du poumon.

L'atélectasie pulmonaire de tout un lobe ou un poumon, survenue insidieusement, et sans la notion de l'introduction d'un corps étranger dans les voies respiratoires, doit toujours faire penser au cancer bronchique.

Robert Clément.

Jean Minet et Cornille. ***L'avenir des pneumothorax artificiels précocement abandonnés*** (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. **10**, n° 5, 1935, p. 382-397). — Sur 88 tuberculeux traités par un pneumothorax, bilatéral chez 4 d'entre eux, abandonné avant deux ans de durée, 14 ont évolué défavorablement après l'abandon, 15, d'abord favorables, se sont aggravés ensuite. Parmi les 63 autres cas, on peut compter 56 guérisons complètes et 7 relatives.

Parmi les facteurs de guérison des pneumothorax de courte durée, la place la plus importante doit être réservée aux pleurésies: pleurésies liquidiennes immédiatement ou secondairement adhésives ou pleurésies symphysantes dans un pneumothorax resté sec. Ce sont ces pleurésies d'ailleurs qui sont la cause la plus fréquente de l'interruption des pneumothorax. Ces facteurs pleuraux très favorables, qui n'existent pas, ou à peine, dans les pneumothorax de longue durée, expliqueraient le fait qu'il y a autant de cas favorables dans les pneumothorax interrompus avant 2 ans d'existence que dans ceux de plus longue durée.

Il ne semble pas cependant qu'il faille abandonner volontairement les pneumothorax datant de moins de 2 ans, même en cas de guérison clinique apparente. Par contre, si une symphyse s'installe au cours du pneumothorax, il ne faut pas intervenir pour la combattre ni pour l'intensifier.

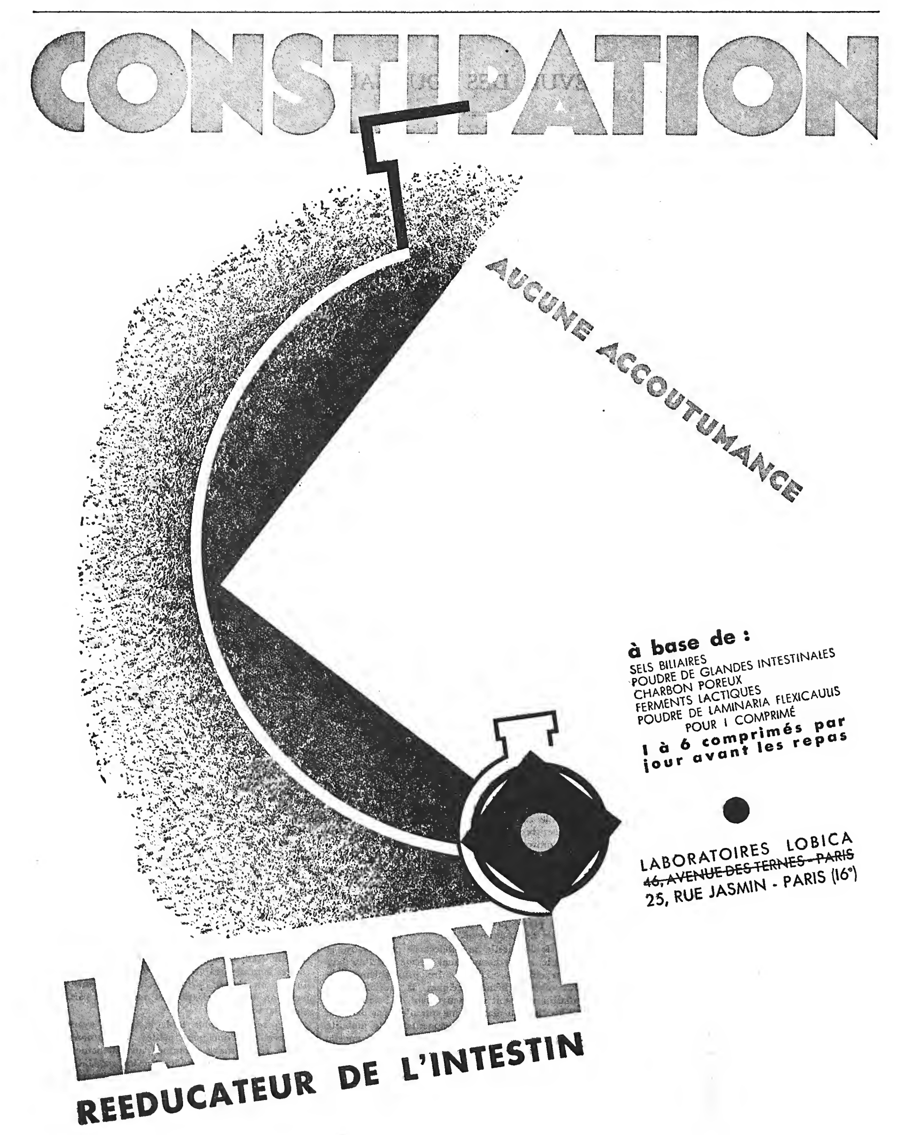
Quant à la création de la pleurésie et de la symphyse, qui pourrait être recommandable lorsque le pneumothorax doit être abandonné précocement à cause de son inefficacité ou de la volonté du malade, sa réalisation pratique demande encore de nouvelles recherches cliniques et expérimentales.

Robert Clément.

JOURNAL D'UROLOGIE (Paris)

J. Pérard et A. Elbim. ***Fibromyome vésical cavitaire*** (*Journal d'Urologie*, t. **40**, n° 3, Septembre 1935, p. 226-234). — Une femme de 41 ans vient consulter pour une violente hémorragie urétro-vésicale, avec distension de la vessie, troubles qui avaient fait croire à un fibrome avec métrorragies. Le toucher vaginal montre, au niveau de la cloison vésico-vaginale, une masse ferme bien limitée, de la dimension d'un œuf, un peu plus étalée, tout à fait indépendante du col utérin. Depuis quelques années un peu de dysurie. L'hémorragie rend la cystoscopie impossible. Cystostomie immédiate : sur le versant gauche du col vésical, un jet de sang artériel. Le col était déformé par une masse de la taille d'une orange, siégeant à gauche de la ligne médiane et donnant au palper la sensation d'un adénome prostatique. Cette tumeur était revêtue par une muqueuse vésicale congestionnée. Ligature de l'artère, tamponnement du col au moyen d'une mèche iodoformée. On place un tube de Marion et on ferme partiellement la vessie.

Cinq semaines plus tard, la malade ayant été préparée par quelques petites transfusions, on énucle cette masse comme un adénome. Elle siégeait en avant de l'orifice urétéral gauche. Tamponnement de la cavité ainsi créée; drainage de la vessie. Guérison. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibromyome vésical.


CONSTIPATION
AUCUNE ACCOUTUMANCE
à base de :
SELS BILIAIRES
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES
CHARBON POREUX
FERMENTS LACTIQUES
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS
POUR 1 COMPRIMÉ
1 à 6 comprimés par jour avant les repas
LABORATOIRES LOBICA
~~46, AVENUE DES TERNES - PARIS~~
25, RUE JASMIN - PARIS (16e)
LACTOBYL
REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

Cette observation qui semble le 34e cas publié de fibrome vésical est suivie d'une étude clinique, pathogénique et anatomique de cette affection.

G. Wolfromm.

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

L. Diamant-Berger. ***Anévrysme artério-veineux de l'artère humérale droite*** (*Revue de Chirurgie*, an. **54**, n° 10, Décembre 1935, p. 820-824). — Il s'agit d'un blessé de guerre, dont la blessure, un séton du bras par balle, remonte au 5 Mai 1918. Hémorragie importante au moment de la blessure, mais qui s'arrête spontanément. Cicatrisation rapide. Au dire du blessé, on avait dès ce moment constaté un frémissement au niveau du bras.

En Octobre 1932, surviennent des troubles circulatoires à manifestations cardiaques. En Février 1933, on découvre l'anévrysme artério-veineux : légère tuméfaction, thrill considérable et tachyarythmie complète sans lésions orificielles, avec dilatation du cœur et allongement hypertrophique du ventricule gauche.

D. intervient le 7 Février 1933.

Libération du nerf médian adhérent. Le grand nombre de collatérales, l'adhérence intime de l'artère et de la veine, nécessitent l'extirpation totale avec double ligature artérielle et veineuse aux deux extrémités de la poche et ligature isolée de toutes les collatérales.

Suites très simples, mais les troubles cardiaques ne disparaissent que lentement.

J. Okinczyc.

REVUE DE LARYNGOLOGIE
(Bordeaux)

Feuz (Lausanne). ***La sialographie*** (*Revue de Laryngologie*, an. **56**, n° 9, Novembre 1935). — F. donne une étude très complète de la sialographie avec observations suggestives à l'appui. Il en décrit la technique. Le cathétérisme du canal de Wharton est beaucoup plus difficile que celui du Sténon. Le liquide injecté est rapidement évacué, avec force. En 1 heure, la tuméfaction de la glande disparaît et il ne reste plus rien à la radiographie. La sialographie renseigne à la fois sur les modifications de forme et de volume du canal et de la glande et sur la qualité de celle-ci.

Dans la lithiase, l'importance des accidents aigus n'est pas fonction du volume du calcul, mais de sa localisation. Les difficultés de diagnostic se rencontrent : en cas de calcul muet (où tout se résume dans une tuméfaction plus ou moins discrète, plus ou moins douloureuse de la région sous-maxillaire qui en impose pour une adénite), en cas de fistule et en cas d'empâtement périglandulaire. La sialographie peut jouer un rôle thérapeutique; l'injection de lipiodol ou de néoiodipine permet souvent de débloquer le ou les calculs (Barraud).

Dans les parotidites suppurées, F. insiste sur la fréquence des destructions suppuratives qui ont une évolution lente, avec récidives et sur la torpidité des phénomènes de réparation. La sialographie renseigne sur l'étendue des foyers de nécrose.

Dans la tuberculose, la sialographie montre des cavités irrégulières, de dimensions variables, à limites nettes, indiquant des plages de destruction communiquant avec le canal excréteur.

Dans la maladie de Mikulicz, l'image est lavée. Il n'y a plus de répartition canaliculaire normale, « mais un flou général divisé çà et là par quelques filets qui ressemblent à des vestiges de canaux interlobulaires ». Cela se présente comme si une compression uniforme de toute la glande extra-canaliculaire s'opposait au passage du liquide injecté et obstruait en conséquence les voies de pénétration et de fixation du liquide.

C. Ruppe.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

C. Ruppe et **M. Hénault.** ***Les désordres bucco-dento-maxillaires dans l'acrodynie infantile*** (*Revue de Stomatologie*, t. **37**, n° 12, Décembre 1935, p. 785-792). — A propos d'un malade de M. Milhit, R. et H. reprennent les observations d'acrodynie infantile dans lesquelles se trouvent consignées des lésions bucco-dentaires. Ils aboutissent aux conclusions suivantes :

a) *Les troubles trophiques muqueux* peuvent se traduire par des processus ulcéreux (ulcération de la langue par exemple), mais ils peuvent aussi préparer le lit à l'infection secondaire fuso-spirillaire, d'où des phénomènes de stomatites plus ou moins graves.

b) *Les troubles trophiques du système dentaire* sont variables et se caractérisent par :

Une éruption précoce de certains germes;

La chute spontanée des dents et la folliculite expulsive;

Peut-être des dents à couronne dystrophique.

La chute spontanée des dents et parfois la folliculite expulsive constituent les symptômes les plus constants et les plus graves. La perte de dents se fait soit sans aucun symptôme, soit au milieu de légers phénomènes inflammatoires. Elle est parfois le premier signe caractéristique de la maladie. Le nombre des dents éliminées est des plus variables; il est souvent considérable. L'on conçoit toutes les conséquences de la perte des dents temporaires qui prive l'enfant pendant des années d'une large surface de mastication et entraîne des malpositions dentaires. Celle des dents permanentes retentit sur le développement futur des maxillaires.

c) *Le retentissement osseux* se voit dans les formes mutilantes. « Le plus souvent, l'alvéole déshabité se referme et se cicatrice rapidement. Mais il n'en est pas toujours de même, et souvent, au niveau de la dent tombée, se fait une infection locale avec une ulcération persistante. L'infection peut gagner en profondeur et aboutir à une ostéite du maxillaire (Rocaz). » Cette ostéite conduit le plus communément à une séquestration, mais guérit habituellement; seuls, les auteurs étrangers ont signalé des observations d'enfants ayant succombé à une septicémie consécutive à des lésions des mâchoires.

Dans certaines formes à début atypique, purement algique, l'enfant peut se plaindre de douleurs au niveau des mâchoires, avec élancement dans toutes les dents, alors que l'examen de la denture est négatif. Enfin *les troubles sécrétoires* : la sialorrhée est fréquente, continue ou intermittente, plus marquée la nuit que le jour.

C. Ruppe.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

H. Curschmann. ***Un cas d'hypotonie gastrique d'origine vraisemblablement hypophysaire*** (*Deusche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 46, 15 Novembre 1935, p. 1834-1836). — Les diagnostics de gastro-ptose et d'atonie gastrique, qui ont connu une grande vogue, sont actuellement portés de plus en plus rarement, car on a constaté que la plupart des modifications de l'image radiologique de l'estomac étaient en réalité des aspects physiologiques constitutionnels et non des altérations gastriques acquises.

Chez la malade de C., une femme âgée de 55 ans, les signes cliniques et radiologiques permettaient cependant de penser qu'il s'agissait de ptose et hypotonie.

Mais l'amaigrissement considérable de la malade, survenu progressivement, fit soupçonner une cachexie hypophysaire. L'exploration fonctionnelle rénale, les troubles de la sphère génitale, les altérations dentaires constituaient chez cette malade une série de signes de probabilité; les résultats de la médication hormonale vinrent confirmer cette hypothèse.

On peut discuter sur le mécanisme pathogénique de cette altération du fonctionnement gastrique, mais il est important de noter que ces symptômes peu connus de la cachexie de Simmonds étaient apparus très précocement, précédant de beaucoup les autres signes de l'affection.

G. Dreyfus-Sée.

A. Kahlstorf. ***La niche, symptôme de cancer gastrique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 46, 15 Novembre 1935, p. 1839-1842). — On peut décrire 2 formes de niches cancéreuses primitives :

1° La niche en plateau de Gutmann, anse large, aplatie ou légèrement concave. Elle est toujours cancéreuse, son substratum anatomique étant la cavité cratériforme du carcinome.

2° Une niche plus semblable à celle des ulcères, mais caractérisée par son remplissage irrégulier et un aspect flou du contour gastrique.

Cette image, souvent cancéreuse, peut être provoquée par d'autres causes (par exemple des adhérences).

Plusieurs observations et des schémas radiographiques viennent confirmer cette classification.

G. Dreyfus-Sée.

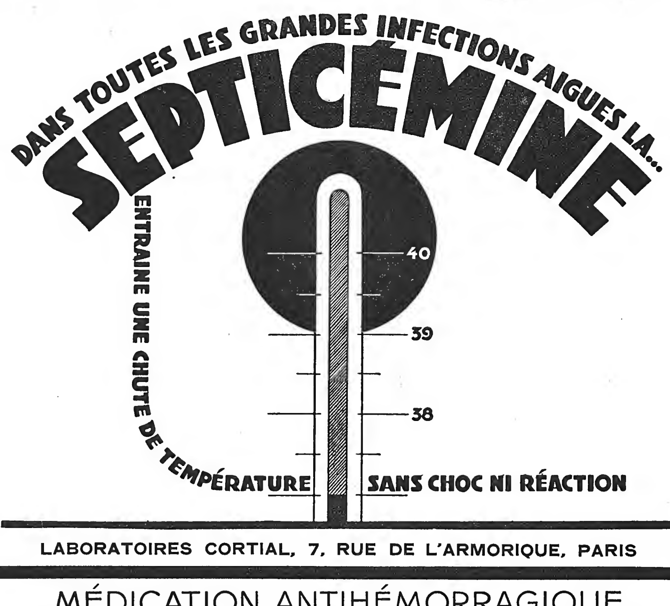
B. Ercklentz. ***Deux ans d'observation du traitement du diabète par le régime libre surveillé*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 48, 29 Novembre 1935, p. 1911-1916). — La cure libre de Stolte consiste à laisser le diabétique choisir lui-même son régime riche en sucre. Ce mode de traitement, proposé pour les diabétiques infantiles, a été très discuté, en particulier en ce qui concerne son utilisation pour les adultes. E. a employé le régime de Stolte systématiquement depuis 2 années avec des résultats satisfaisants chez environ 100 malades. Nombre de ceux-ci dont il publie les observations étaient des diabétiques graves ayant présenté des accidents de précoma.

La mise en pratique du traitement se fait de la façon suivante. Tout malade, qui n'est pas dans le coma, est soumis à son entrée à la clinique à 2 journées de diète lactée (1 litre par jour). Si l'acétonurie a disparu, une 3e journée sans hydrates de carbone est instituée, sinon le malade est mis d'emblée au régime mixte. Suivant l'action du régime lacté sur la glycosurie et la glycémie, le degré du diabète sera apprécié et les doses d'insuline à administrer ultérieurement seront décidées.

Le régime mixte comprend au début de 1 à 2 gr. d'hydrates de carbone et 1 gr. à 1 gr. 5 d'albumine par kilogramme de poids ainsi que 70 gr. de graisses au total, c'est-à-dire environ 1.500 calories.

Si le malade reste glycosurique on lui fait de l'insuline (pour 20 gr. de glycosurie, 3 fois 10 à 15 unités). Lorsque l'aglycosurie est obtenue, le malade reçoit un régime libre déterminé, comportant la quantité d'hydrates de carbone qu'il souhaite, mais une portion de graisse et d'albumine limitée.

La dose d'insuline sera calculée selon les résultats de l'examen d'urines fait avant chaque repas en augmentant de 5 unités si le résultat est fortement positif, de 2 unités, s'il est faiblement positif. On


DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...
SEPTICÉMINE
ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE
SANS CHOC NI RÉACTION
40
39
38

note ainsi que de fortes augmentations de la ration en hydrates de carbone n'exigent nullement l'accroissement correspondant de l'insuline. Ces faits contredisent nettement la doctrine de l'équivalence glucosique de l'insuline.

Après quelques jours durant lesquels le malade a « faim d'hydrates de carbone », il choisit spontanément un menu moins riche en sucre: le plus souvent il se contente de 150 à 250 gr. d'hydrates de carbone et très fréquemment on peut diminuer et même supprimer l'insuline injectée.

Quand l'équilibre est établi, le malade peut quitter la clinique avec un régime durable assez large pour pouvoir être aisément suivi chez lui; une petite notice explicative lui est remise à cet effet.

Ce régime diffère donc de celui de Stolte par la limitation initiale des graisses et protéines. Les malades ont tous paru améliorés avec régression des troubles fonctionnels, amélioration du métabolisme général, augmentation de la tolérance hydrocarbonée et diminution de l'acétonurie. Ces résultats sont obtenus sans augmentation et parfois avec diminution de la dose insulinique. E. nie le danger de ce régime qui lui paraît réunir les avantages du régime de Porges et Adlersberg et de celui de Stolte et il pense même qu'il pourrait exercer une action favorable sur le fonctionnement insulaire.

G. Dreyfus-Sée.

Liegner. *La maigreur insulaire* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 48, 29 Novembre 1935, p. 1916-1918). — A l'inverse des recherches concernant l'obésité, le problème de l'origine de la maigreur semble avoir peu préoccupé les chercheurs.

Le rôle de l'appareil insulaire pancréatique paraît à L. important à souligner. Les hypofonctionnements insulaires ne provoquent pas obligatoirement le diabète. Expérimentalement, on peut réaliser un hypoinsulinisme, sans diabète, mais avec amaigrissement considérable malgré l'augmentation de la faim et une ration alimentaire accrue.

Cliniquement, on rencontre des femmes, grandes mais trop maigres malgré un bon appétit et une absorption nutritive largement suffisante. Ces femmes présentent souvent des troubles des règles qui sont insuffisantes.

La prédominance féminine serait due à ce que le pancréas des femelles animales et des femmes subit normalement une modification dans le sens de la diminution dans la première moitié de la grossesse. Les troubles, fréquemment déterminés par cette déficience fonctionnelle, sont enrayés aisément par l'insuline; durant la période plus avancée de la gestation, le pancréas du fœtus établit une suppléance. L. admet qu'un trouble moins accentué mais du même ordre se produirait lors des menstruations.

Les recherches expérimentales, faites sur les graisses et le glycogène du foie des mâles et des femelles, ont montré que les femelles résistent beaucoup mieux à des variations des échanges provoqués par exemple par la faim. Les troubles du fonctionnement insulaire, qui entraîneront chez le mâle du diabète, ne produiront chez la femelle que la maigreur hypoinsulinique.

En pratique, ces considérations amènent à utiliser l'insulinothérapie à petites doses pour lutter contre cette maigreur d'origine pancréatique: 5 à 20 unités une à 3 fois par jour avec progression prudente seraient indiquées. L. recommande de faire plusieurs cures séparées par des intervalles durant lesquels on donnera des extraits pancréatiques par voie digestive; un traitement prolongé serait indispensable.

G. Dreyfus-Sée.

Lohfeldt. *Les exercices vocaux dans la thérapeutique, en particulier dans l'asthme* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, n° 49, 6 Décembre 1935, p. 1966-1968). — Depuis 20 années, L. a expérimenté l'action des exercices vocaux chez de nombreux malades et surtout dans 650 cas d'asthme.

La plupart des asthmatiques signalent la sensation de sécheresse des muqueuses qui précède et accompagne l'accès, celui-ci étant soulagé dès qu'apparaît la sécrétion bronchique.

Les exercices vocaux réguliers auraient pour résultat de provoquer cette sécrétion bronchique en quantité suffisante. Les accès deviendraient moins intenses, puis disparaîtraient progressivement. Même au cours d'un accès, l'efficacité des exercices vocaux serait manifeste. Ces résultats sont surtout nets chez les enfants.

Les tons employés sont surtout les tons élevés, et une réglementation très précise a été établie pour les hommes, les femmes ou les enfants.

La méthode a été également utilisée avec succès dans quelques cas de goitre, dans des ectasies bronchiques, et même avec prudence dans certaines formes de tuberculose pulmonaire. Aucune action congestive, aucun incident n'auraient succédé à ces essais que contredisent cependant les notions actuellement admises sur la nécessité du repos des voies respiratoires et du larynx des bacillaires; des améliorations notables auraient même coïncidé avec la pratique des exercices vocaux par quelques-uns de ces sujets.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

G. Wolff. *Produits lactés alcoolisés et leur valeur hygiénico-diététique* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **82**, n° 46, 15 Novembre 1935, p. 1835-1838). — Les produits lactés fermentés, tels que kéfir, koumys, yoghourt sont utilisés habituellement comme boisson par les peuples asiatiques. Diverses peuplades, sans relations les unes avec les autres, menant une vie nomade et possédant de nombreux troupeaux, ont découvert des procédés permettant d'obtenir une boisson alcoolisée à l'aide du seul produit naturel dont elles disposaient facilement, c'est-à-dire du lait.

W. étudie les divers procédés employés pour obtenir ces boissons fermentées et insiste sur les qualités différentes des diastases utilisées dans leur fabrication.

G. Dreyfus-Sée.

THERAPIE der GEGENWART (Berlin)

J. G. Knoflach. *Traitement des accidents typiques par sports d'hiver* (*Thérapie der Gegenwart*, t. **77**, n° 1, Janvier 1936, p. 22-25). — Dans les localités qui se trouvent au voisinage de pays accidentés, le nombre des accidents par sports d'hiver augmente. Au cours des dix dernières années il a été observé, à la clinique chirurgicale universitaire de Vienne, un total de 11.955 accidents de sports dont 17,5 pour 100 dus au ski, 10 pour 100 au patinage et 3 pour 100 à la luge. Mais au cours du dernier hiver, le nombre des accidents de ski a augmenté considérablement puisqu'il a dépassé 500.

Le praticien qui veut s'occuper de soigner des cas de ce genre et qui n'a pas un service de chirurgie doit disposer d'un appareil à rayons Roentgen, de gouttières en nombre suffisant ainsi que de moyens pour faire des applications d'air chaud, d'irradiations, de la gymnastique musculaire, etc. D'ailleurs, pour le praticien, la question se pose toujours de savoir s'il peut lui-même procéder à un traitement. Notamment, quand il y a commotion cérébrale, il est préférable d'envoyer le malade dans une clinique. Quand il y a fracture, cette décision s'impose ainsi que quand il y a empalement possible par chute sur des pieux, des buissons ou des appareils de sports brisés. Une hémorragie modérée peut, en pareil cas, s'accompagner d'une perforation du rectum, de l'urètre ou d'autres organes. Les traumatismes contondants de l'abdomen ou de la région des reins sont assez rares. Il faut néanmoins y penser en cas de défense musculaire, de vomissements et d'urine sanglante.

Parmi les fractures osseuses il en est toute une série qui sont typiques des sports d'hiver: les fractures de torsion de l'humérus, du fémur, du tibia et des métacarpiens qui sont surtout le fait du ski. Les fractures de la malléole surviennent dans les trois formes de sports d'hiver. Les fractures compliquées de la jambe et les luxations des malléoles surviennent surtout à cause de la luge. Les fractures du radius ou des os de l'avant-bras, du poignet, de la clavicule, s'observent dans le patinage et aussi, après chute en ski. En pareil cas, la responsabilité du médecin est grande et, pour qu'il entreprenne un traitement, il faut qu'il soit tout à fait compétent. Dans tous les cas, il ne devra pas s'attaquer à des fractures avec grand déplacement accompagnées de lésions des nerfs et des vaisseaux, et son travail se réduira à faire transporter le malade dans les meilleures conditions.

Les fractures de la malléole, un des accidents les plus fréquents des sports d'hiver, peuvent être traitées sur place s'il n'y a pas de luxation. Les plaies des articulations qui font 50 pour 100 de tous les accidents de sport d'hiver sont en général bénignes et intéressent surtout le genou qui réagit par un épanchement plus ou moins important qui devra être ponctionné pour établir quel genre de lésion a pu survenir (des ménisques, de la capsule, etc.), lésion qui s'observe dans 15 pour 100 des cas et qui doit être opérée si la thérapeutique ordinaire ne suffit pas ou s'il survient des récidives. Les luxations du poignet sont fréquentes surtout dans le patinage. Mais il faut alors éliminer les fractures. Les plaies des parties molles sont très nombreuses et très diverses. Il en est de fermées (inflammation des gaines tendineuses, hématomes) et d'ouvertes qui guérissent souvent par première intention.

P.-E. Morhardt.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

A. H. Roffo. *La transmission des tumeurs développées par les rayons ultra-violets* (*La Prensa Medica Argentina*, t. **22**, n° 39, 25 Septembre 1935, p. 1849-1856). — L'on parvient à développer, sous la seule influence des *rayons solaires*, des *tumeurs malignes* authentiques, sarcomes et carcinomes.

Les tumeurs se constituent, en dix à douze mois, sur les oreilles, la conjonctive, les doigts, le cou de rats soumis aux rayons solaires. Elles atteignent des dimensions considérables, presque égales à celles de l'animal porteur.

On *transplante* des greffons de ces tumeurs, *avec succès* dans tous les cas, sur une série de 12 porteurs successifs. Mais les émulsions et filtrats de tumeurs broyées n'ont *jamais* permis *l'inoculation*.

G. d'Heucqueville.

Mario Zinny. *Une épreuve diagnostique et pronostique dans les affections du carrefour sous-hépatique* (*La Prensa Medica Argentina*, t. **22**, n° 42, 16 Octobre 1935, p. 2003-2009). — On injecte 4 cmc de solution d'*azorubine* après ins-

tillation de sulfate de magnésie, la sonde duodénale en place: le colorant reparaît, dans le liquide duodénal, 15 à 30 minutes après l'injection.

On compare la coloration du liquide ramené à la coloration de 20 tubes, contenant des solutions d'azorubine à concentrations croissantes. Le suc gastrique parasite est éliminé par fixation sur de la laine.

L'expérimentation chez l'animal montre que la totalité de l'azorubine s'élimine par cette voie, l'élimination normale atteignant 10 milligr. par heure.

L'épreuve renseigne sur la *perméabilité* des voies biliaires. Elle éclaire le *pronostic* des ictères infectieux et des insuffisances hépatiques.

G. d'Heucqueville.

A. Peralta Ramos, E. Fels et **D. C. Urison.** ***Les hautes doses d'hormones dans l'insuffisance ovarienne*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 22, n° 43, 23 Octobre 1935, p. 2051-2056). — Chez le sujet ovariotomisé, ou en état d'insuffisance ovarienne totale, on peut rétablir le cycle menstruel *intégral* en administrant de *hautes doses*, des doses moindres de lutéine, de l'ordre de 20 unités de *folliculine* et de 30 unités de *lutéine*.

P. R., F. et U. rapportent 5 observations, dans lesquelles ils ont déterminé des hémorragies avec des doses moindres de *lutéine*, de l'ordre de 20 unités. Mais ces hémorragies, qui ne se reproduisent plus à intervalles fixes, ne possèdent pas tous les caractères des règles.

On n'a relevé aucun accident. Et les prétendues propriétés cancérigènes des hormones sexuelles n'ont jamais été vérifiées.

La *lutéine*, principe coûteux, peut être reproduite à partir d'une *phytostérine* végétale.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVES FRANCO-BELGES DE CHIRURGIE
(Bruxelles)

E. Delannoy, Demarez et Bédrine (Lille). ***L'endométriose. Etude anatomo-clinique*** (*Archives Franco-Belges de Chirurgie*, t. 35, n° 1, Janvier 1936, p. 1-21). — D., D. et B. rapportent de cette curieuse affection deux observations inédites et, à l'occasion de cette publication, ils exposent l'état actuel de la question.

La première des observations concerne une tumeur de l'ombilic apparue depuis 8 ans chez une femme de 38 ans. Cette tumeur présente les caractères cliniques décisifs de l'endométriose: la tumeur, très petite, devient douloureuse, grossit et saigne par une petite fistule à chaque période menstruelle. L'ombilic est alors réséqué largement et, en son centre, on trouve une petite tumeur dure, grosse comme une noisette, que l'examen histologique permet de reconnaître comme un endométriome sans fibres musculaires lisses.

La seconde observation est une tumeur développée dans une cicatrice de laparotomie, formée de plusieurs nodules durs dont un gros comme le poing, développée trois ans après une castration unilatérale. Une petite fistule donna issue à quelques gouttes de sang au moment des règles.

La cicatrice est réséquée avec la tumeur. On fait une hystérectomie car l'utérus porte un fibrome et la malade guérit. L'examen histologique montre un endométriome typique, avec ses trois éléments: tubes glandulaires, tissu cytogène et fibres musculaires lisses.

Dans leur travail, les auteurs passent en revue la symptomatologie, la pathogénie, les formes et la thérapeutique de ces tumeurs.

Nous retiendrons de cette étude les points très spéciaux suivants:

Quel que soit leur siège, trois symptômes permettent de les reconnaître: au moment des règles, la tumeur grossit, devient douloureuse et saigne.

Au point de vue histologique, ces tumeurs sont très spéciales et tiennent le milieu entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. Elles restent bénignes en ce sens qu'on n'y observe aucune monstruosité cellulaire, pas de mitoses. Mais leurs éléments glandulaires poussent des tubes à travers les éléments conjonctifs qui dissocient les tissus voisins sans qu'on puisse trouver la moindre capsule d'enkystement. Les épithéliums seuls, telle la muqueuse rectale, constituent une barrière que le processus néoformatif ne saurait franchir. L'exérèse de ces tumeurs doit donc être faite largement, en tisssu sain et sans chercher à faire une énucléation qui n'est pas possible.

Parmi les formes, pelviennes ou extrapelviennes, il en est trois qui sont plus fréquentes: l'endométriome de l'ombilic, l'endométriome développé dans la cicatrice d'une laparotomie et enfin l'endométriome recto-vaginal: l'envahissement très rapide du rectum et du tissu cellulaire sous-péritonéal la rend très rapidement inopérable.

Dans leur étude pathogénique, les auteurs passent en revue toutes les hypothèses qui ont été invoquées et se rangent aux conclusions de Mischon et Comte: « Amorcé par l'inflammation chronique ou par une greffe, le développement hétérotopique des éléments endométriaux est dû avant tout à l'activité ovarienne. »

Du chapitre thérapeutique se dégagent les conclusions suivantes: ablation très large en tissu sain des tumeurs extrapelviennes; opération partielle dans les tumeurs pelviennes uniques; hystérectomie dans les localisations multiples.

Les auteurs s'étendent sur la thérapeutique à appliquer aux tumeurs qui ont envahi largement le rectum (résection partielle ou totale du rectum, anus artificiel). Mais ils font remarquer avec justesse l'opinion de Sampson qui, dans pareils cas, se contente d'une castration qui crée une ménopause artificielle à la faveur de laquelle on voit régresser la tumeur et s'améliorer les manifestations cliniques.

Picot.

E. Hauser (Bruxelles). ***De l'extirpation des ganglions inguinaux dans le cancer du clitoris*** (*Archives Franco-Belges de Chirurgie*, t. 35, n° 1, 1er Janvier 1936, p. 37-55, Bibliographie). — Moreau a opéré en 1932 une femme de 58 ans, soignée depuis trois ans pour du prurit vulvaire et qui présentait, au moment où elle consulta M., une tumeur du clitoris grosse comme une mandarine, ulcérée, dure, non douloureuse, qui ne gênait pas la miction mais qui s'accompagnait d'un écoulement séro-sanguinolent. Les ganglions n'étaient pas perceptibles.

Moreau intervint de la façon suivante: Curage ganglionnaire des deux régions inguinales selon la technique décrite par Gosset (*J. de Chir.*, t. 2, n° 2; 15 Février 1909), puis excision de la région clitoridienne en enlevant tous les tissus compris entre l'urètre et la symphyse. Les corps caverneux sont enlevés au ras de la branche ischio-pubienne. On clive la peau de la région inguinale et, par la brèche ainsi faite, on attire les lambeaux cellulo-ganglionnaires inguinaux dont le pédicule interne avait été conservé. Le cancer et ses deux régions ganglionnaires sont donc enlevées d'un bloc. Sutures avec drainage.

Il se produisit du sphacèle au niveau des lambeaux de chaque côté, mais la plaie finit par cicatriser par bourgeonnement.

L'examen histologique (De Walsche) montra un épithélioma spinocellulaire du clitoris très envahissant. Mais, ni dans un ganglion inguinal, ni dans la graisse, on ne trouva d'infiltration néoplasique.

La malade fut revue guérie, 18 mois plus tard.

H., élève de Moreau, reprend dans cette étude l'histoire du cancer clitoridien qui est le plus grave et le plus malin des cancers de la vulve, à cause de la richesse de la vascularisation sanguine et lymphatique de la région.

Il représente environ 4 pour 100 des néoplasmes vulvaires. Il n'est guère possible d'être fixé sur la fréquence de l'envahissement des ganglions par le néoplasme, les statistiques étant, à cet égard, très contradictoires. L'examen histologique étant seul capable de trancher la question, il est indiqué de procéder comme pour le cancer du sein et d'enlever les territoires ganglionnaires de chaque côté systématiquement. H. conseille de commencer par le curage ganglionnaire selon la technique de Gosset puis d'enlever la tumeur largement. Il conseille de compléter l'exérèse par la radiothérapie post-opératoire.

Picot.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES
(Louvain)

M. Rookx (Liége). ***La valeur des intra-dermo-réactions de trichophytine dans le diagnostic des mycoses*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. 7, n° 10, Décembre 1935, p. 733-743). — Chez 26 malades atteints de mycoses confirmées par l'examen microscopique, la culture ou les deux méthodes, R. a recherché la sensibilité à la trichophytine. Chez tous ces malades, les intra-dermo-réactions de trichophytine pure ou diluée au 1/50 ont donné des réactions nettes. Celles-ci sont plus violentes dans les mycoses profondes que dans les mycoses superficielles, plus marquées dans les trichophyties que dans les autres mycoses. Ces intradermo-réactions de trichophytine donnent également des réactions positives dans les dermatoses non mycosiques.

Les intradermo-réactions de lait donnent, dans les mycoses, des réactions positives d'intensité variable. Quand on veut faire la preuve de la présence ou de l'absence de champignons dans une dermatose, il faut toujours injecter, en même temps, du lait et de la trichophytine pure et diluée. Dans les dermatoses mycosiques, la trichophytine, même diluée au 1/50e, donne des intradermo-réactions nettement plus positives que le lait; dans les dermatoses d'autre origine, le lait donne des réactions plus positives que la trichophytine.

Robert Clément.

EL SIGLO MEDICO
(Madrid)

Del Rio, C. Linares et **L. Lopez.** ***Le gigantisme dans l'appareil digestif*** (*El Siglo Medico*, t. 96, n° 4.170, 12 Octobre 1935, p. 430-440). — R., L. et L. rapportent l'observation d'un sujet porteur à la fois d'un *méga-œsophage*, d'un *méga-estomac* et d'un *dolicho-côlon*.

Début remontant à neuf années, à la suite de l'ingestion d'une châtaigne exotique: dysphagie, vomissements précoces, crises diarrhéiques post-prandiales, ces dernières devant persister.

Le malade se présente avec une *dysphagie* complète. Examen général négatif. Légère albuminurie, légère augmentation du métabolisme de base. Epreuves de l'atropine et de l'adrénaline positives.

La radiographie montre une dilatation large de toutes les cavités œsophagiennes et gastriques, et un dolicho-sigmoïde.

Autre observation de dilatation colique, à la suite d'un traumatisme cranien et de purgations magnésiennes répétées.

Le méga-œsophage a été rattaché par les différents auteurs à une *malformation congénitale*, à des *spasmes phréniques*, aux *ptoses abdominales*, à la *vagotonie*, à l'*achalasie* (disparition du réflexe d'ouverture du cardia), à l'insuffisance thyroïdienne.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

M. Tainter, A. Stockton et **W. Cutting.** ***Le dinitrophénol dans le traitement de l'obésité : communication finale*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 5, 3 Août 1935, p. 332-337). — T., S. et C. exposent dans ce travail leurs conclusions définitives sur l'emploi du dinitrophénol, médicament qu'ils ont les premiers préconisé, dans le traitement de l'obésité. Cette étude porte sur 170 cas d'obésité non sélectionnés.

Au point de vue efficacité, il n'est pas douteux que le dinitrophénol soit capable de diminuer le poids des obèses : dans cette série de cas, l'amaigrissement moyen total fut de 8 kilogr. environ en 88 jours, et de 750 gr. par semaine. L'augmentation du métabolisme basal fut de 11 pour 100 pour chaque décigramme journalier. La dose employée fut en moyenne de 0 gr. 34 par jour.

Des accidents s'observent chez un malade sur sept : les plus fréquents sont les éruptions cutanées à type urticarien, et les névrites périphériques. Ces accidents ont disparu d'ailleurs assez rapidement après cessation du traitement.

T., S. et C. conseillent cependant, étant donné la fréquence des accidents, de n'utiliser le dinitrophénol qu'en dernier ressort, chez les sujets obèses qui n'ont pas maigri par le régime ou par la médication thyroïdienne.

R. Rivoire.

S. Judd, A. Snell et **T. Hœrner.** ***Transfusion pour des malades atteints d'ictère*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 21, 23 Novembre 1935, p. 1653-1659). — Dans cet article, les auteurs insistent sur l'utilité des transfusions chez les malades atteints d'ictère chronique : cette thérapeutique, non seulement diminue la tendance aux hémorragies si commune chez les ictériques, mais encore, suivant les auteurs, lutterait contre l'anoxémie qui existerait à un degré plus ou moins intense chez tous les ictériques.

Il n'est pas besoin de ces considérations, hypothétiques d'ailleurs, pour préconiser les transfusions chez les ictériques chroniques, dans les soins préopératoires.

R. Rivoire.

B. Babkin. ***La concentration du sucre sanguin et la sécrétion externe du pancréas*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 21, 23 Novembre 1935, p. 1659-1662). — B., par une série d'expériences ingénieuses, semble avoir établi qu'il existe une relation entre le niveau de la glycémie et la sécrétion externe du pancréas. L'hyperglycémie augmente toujours la quantité de ferments sécrétée par le pancréas, et augmente souvent le volume de la sécrétion. Cette action de l'hyperglycémie est surtout périphérique, et il semble que le parasympathique y participe. Au contraire, l'hypoglycémie produite par l'injection d'insuline diminue la concentration des ferments dans le suc pancréatique; après section des vagues, cette action de l'hypoglycémie disparaît.

R. Rivoire.

L. Robinson et **S. Salesnick.** ***Le traitement de l'alcoolisme aigu par inhalation de 10 pour 100 de gaz carbonique et 90 pour 100 d'oxygène*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 22, 30 Novembre 1935, p. 1734-1738). — R. et S. exposent dans cet article les résultats obtenus par eux dans le traitement des comas alcooliques graves par l'inhalation d'un mélange de CO^2 et d'oxygène. Cette méthode détermine rapidement une diminution de la teneur du sang en alcool, et cliniquement aboutit à la guérison dans des formes graves, souvent mortelles en dehors de cette thérapeutique. Il semble s'agir là d'une méthode simple et efficace, inoffensive, qui mériterait d'être essayée, non seulement comme l'ont fait R. et S. dans les comas éthyliques, mais aussi dans les délires alcooliques.

R. Rivoire.

A. Montgomery et **J. Ireland.** ***Spasme artériel segmentaire post-traumatique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 22, 30 Novembre 1935, p. 1741-1746). — M. et I. ont observé deux cas de spasme de l'artère humérale, apparu à la suite de fracture du coude. Il s'agissait de spasme complet, avec disparition totale des battements artériels et grande ischémie : en somme, une symptomatologie analogue à celle d'une thrombose humérale. Mais, à l'intervention, la palpation de l'artère ne révéla la présence d'aucun coagulum. La circulation dans les deux cas se rétablit progressivement, sans autre thérapeutique que l'exposition large de l'artère et des compresses chaudes.

Il s'agit évidemment d'accident de spasme artériel, analogue à l'affection décrite autrefois en France sous le nom de « stupeur artérielle traumatique ». M. et I. n'ont pas essayé dans ces cas l'acétylcholine, qui semble *a priori* le médicament de choix de ces états.

R. Rivoire.

C. Berens, E. Kerby et **E. McKay.** ***Les causes de la cécité chez l'enfant : leur relation avec l'ophtalmologie préventive*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 24, 14 Décembre 1935, p. 1949-1956). — B., K. et McK. ont entrepris, à la requête de la section d'ophtalmologie de l'American medical association, une vaste enquête dans les Instituts pour enfants aveugles, afin de préciser l'étiologie de la cécité infantile. Dans cet article, B., K. et McK donnent les résultats de leur enquête, et les suggestions que ces résultats permettent d'émettre pour diminuer la fréquence de la cécité. En fait, ces résultats sont plutôt décourageants, car près des trois quarts des cas de cécité sont dus à des affections oculaires congénitales et héréditaires, dont la cause précise est inconnue, et dont il est pratiquement impossible de diminuer la fréquence, à moins de prescrire un eugénisme terriblement strict Dans l'état actuel de la science, seuls peuvent être diminués les cas de cécité dus à la syphilis ou à l'ophtalmie infectieuse des nouveau-nés : mais cela représente à peine le quart des cas de cécité.

R. Rivoire.

J. Kolmer. ***Susceptibilité et immunité en relation avec la vaccination dans la poliomyélite antérieure aiguë*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 24, 14 Décembre 1935, p. 1956-1963). — *A priori*, il semble que la vaccination antipoliomyélitique soit réalisable, puisqu'il s'agit d'une affection qui confère une immunité solide. Cette vaccination est surtout souhaitable chez les enfants, dont 80 pour 100 sont susceptibles de contracter la maladie au-dessous de 5 ans; entre 5 et 15 ans, la proportion des sujets susceptibles tombe à 45 pour 100, et au-dessus de 15 ans, il n'y a que 25 pour 100 de non immunisés.

K., pour essayer de réaliser cette vaccination si désirable, a entrepris d'inoculer de fines suspensions de tissu médullaire de singe infecté, le virus n'étant pas tué mais seulement atténué par mélange avec une solution à 1 pour 100 de ricinoléate de sodium. Ce vaccin, injecté chaque semaine à dose croissante à plus de 10.000 enfants en un an, n'a déterminé aucun accident. Parmi ceux-ci, aucun enfant ayant reçu les 3 injections vaccinales n'a contracté la poliomyélite, mais 10 enfants ayant reçu une ou deux injections seulement ont été contaminés.

Il semble que la vaccination antipoliomyélitique entre dans le domaine clinique.

R. Rivoire.

C. Lyons. ***L'immunotransfusion et la sérothérapie dans les infections à streptocoque hémolytique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 24, 14 Décembre 1935, p. 1972-1976). — Dans ce travail, de conception un peu artificielle, L. s'efforce de distinguer, dans les septicémies à streptocoques, les symptômes dus à la pullulation microbienne et ceux liés à l'intoxication par les toxines streptococciques : suivant la prédominance de l'une ou l'autre de ces séries de symptômes, dans un cas donné de septicémie, la thérapeutique la plus efficace serait, dans le premier cas l'immunotransfusion, dans le second cas la sérothérapie antitoxique. Il n'est pas besoin d'insister sur ce que peut avoir d'artificiel et de non clinique une pareille discrimination.

R. Rivoire.

Council on pharmacy and chemistry. ***Vitamine A et lithiase urinaire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 24, 14 Décembre 1935, p. 1983-1985). — Un certain nombre de travaux ayant paru en Amérique, dans lesquels divers auteurs signalaient l'apparition de calculs rénaux chez des rats carencés en vitamine A, et la dissolution de ces calculs sous l'influence de l'administration de fortes doses de cette vitamine, quelques essais de traitement de la lithiase humaine par la vitamine A furent publiés, traitement ayant, paraît-il, donné de bons résultats.

Le conseil de pharmacie et de chimie de l'American medical association s'est ému de la chose, et a fait paraître un éditorial dans lequel il démontre :

1° Que les expériences sur l'animal ne sont pas démonstratives, parce que les calculs sont apparus chez le rat soumis à une alimentation polycarencée, et non pas seulement déficiente en vitamine A.

2° Que la lithiase urinaire humaine, à calculs uratiques, n'a que des rapports lointains avec les calculs calciques obtenus chez le rat.

3° Que les observations cliniques publiées, rapportant la dissolution de certains calculs humains sous l'influence de vitamine A, n'ont pas la rigueur scientifique nécessaire.

Ils concluent donc qu'à l'heure actuelle il est impossible d'attribuer une efficacité quelconque à la vitamine A dans le traitement de la lithiase rénale humaine.

R. Rivoire.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

W. C. Lennox, F. A. Gibbs et **E. L. Gibbs.** ***Rapports de la perte de connaissance avec la circulation cérébrale et l'anoxémie*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. **34**, n° 5, Novembre 1935, p. 1001-1014). — La circulation cérébrale et la saturation d'oxygène du sang de retour du cerveau ont été étudiées chez 22 sujets humains non anesthésiés comparativement à la perte de la conscience associée à la syncope spontanée ou provoquée, chez des sujets ayant respiré du nitrogène ou possédant un réflexe du sinus carotidien anormalement sensible.

Deux méthodes pour juger l'état de la circulation cérébrale ont été utilisées : l'observation des modifications dans le volume du sang mis en évidence

par la méthode thermo-électrique et la mesure du taux d'oxygène contenu dans le sang de la jugulaire interne.

Les observations pratiquées permettent de diviser les sujets étudiés en deux groupes. D'une part, ceux chez lesquels la perte de la conscience a été précédée d'une chute brusque dans le volume du sang cérébral, ou encore a été accompagnée par une tension en oxygène très basse, égale ou inférieure à 24 pour 100, du sang de la jugulaire interne. D'autre part, ceux chez lesquels l'un de ces phénomènes n'existait pas et dont la perte de la conscience relève d'une hypersensibilité du réflexe carotidien. Il s'agit dans ce cas d'une origine réflexe, comme dans la cataplexie et l'épilepsie réflexe, où la perte de la conscience ne saurait reconnaître une origine circulatoire.

H. Schaeffer.

R. Zollinger. ***Ablation de l'hémisphère cérébral gauche*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. **34**, n° **5**, Novembre 1935, p. 1055-1065). — Une femme de 43 ans, droitière, subit une ablation totale de l'hémisphère gauche à laquelle elle survécut 17 jours.

L'examen post-opératoire montra que le vocabulaire restreint que possédait encore la malade fut partiellement augmenté. Il était assez difficile d'évaluer sa capacité mentale.

La malade était plus calme après qu'avant l'intervention, mais elle était moins agissante pour faire des mouvements coordonnés. Les réactions émotionnelles étaient également moins marquées.

Les fonction des nerfs craniens se faisaient assez bien, hormis une légère parésie faciale droite et l'absence de réflexe cornéen gauche.

La paralysie spasmodique du côté droit fut remplacée par une paralysie flasque. La présence d'une douleur aiguë à la mobilisation des articulations et à la pression musculaire montrait l'existence d'un centre sensitif sous-cortical.

L'étude des réponses vaso-motrices des extrémités par la recherche de la température de la peau ne montra pas d'altérations dans la régulation thermique périphérique homo- ou contralatérale.

H. Schaeffer.

Houston Merritt. ***Le liquide céphalo-rachidien dans les cas de tumeur cérébrale*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **34**, n° **6**, Décembre 1935, p. 1175-1188). — Des 182 cas de tumeurs cérébrales constatées anatomiquement, H. M. résume les renseignements retirés de l'examen du liquide céphalo-rachidien.

H. M. insiste sur le fait que la rachicentèse, pratiquée dans de bonnes conditions, ne s'accompagne jamais d'accidents et que l'on doit s'en abstenir seulement dans les cas où il existe une grosse stase papillaire et ceux où le diagnostic clinique est évident.

L'examen du liquide aux différents étages du névraxe a principalement pour objet de préciser le siège de la tumeur.

Quand le contenu en protéines est élevé dans la région lombaire et celui des ventricules latéraux est normal, la tumeur siège dans la fosse postérieure. L'augmentation du taux de l'albumine provient de l'exsudation au niveau de la tumeur et de la stagnation du liquide dans le cul-de-sac lombaire.

Quand le liquide des 2 ventricules latéraux et celui de la région lombaire sont hyperalbumineux, la tumeur siège dans le 3e ventricule ou le corps calleux, ou bien il s'agit de tumeurs multiples.

Quand le liquide lombaire et celui d'un des ventricules latéraux est riche en protéines, alors que celui du ventricule latéral opposé est normal, il s'agit d'une tumeur hémisphérique profondément située envahissant la paroi ventriculaire.

L'examen du liquide céphalo-rachidien apporte également un élément de diagnostic entre les néoplasmes intra-craniens et les abcès, les ramollissements, les hémorragies cérébrales ou méningées.

H. Schaeffer.

Fred. A. Mettler, Cecilia C. Mettler et **Elmer Culler.** ***Effets de l'enlèvement total du cortex cérébral*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **34**, n° **6**, Décembre 1935, p. 1238-1250). — Les résultats de l'expérimentation montrent que les animaux présentant une décortication assez ancienne sont aptes à distinguer la lumière de l'ombre, à apprécier la chaleur, le tact, et à entendre. La variabilité des sons perçus par leur hauteur et leur intensité montre que le seuil de la perception est élevé.

Ces animaux offrent, par contre, des modifications physiologiques liées à un trouble des fonctions végétatives, et que ne saurait expliquer une altération des fonctions somatiques motrices ou sensitives. Ils n'offrent pas une activité incessante, mais manifestent une inhabileté à entreprendre ou à inhiber un mouvement soudain. La distribution du tonus est anormale et la posture est troublée.

Chez les animaux décortiqués, la glycémie est basse, la tolérance pour le dextrose altérée, la calcémie élevée, la sensibilité aux médicaments augmentée, et la fonction gastro-intestinale troublée. La formule sanguine est anormale, et le nombre des globules rouges abaissé. La tension artérielle est basse. En résumé, les deux systèmes sympathique et parasympathique sont normalement inhibés par l'écorce cérébrale. L'enlèvement de celle-ci libère les centres sous-jacents de son action.

H. Schaeffer.

ARCHIVES OF SURGERY
(Chicago)

Alfred W. Adson, Winchell McK Craig et **George E. Brown** (Rochester). ***Hyperidrose essentielle traitée par sympathectomie*** (*Archives of Surgery*, vol. **31**, n° **5**, Novembre 1935, p. 794-806). — L'hyperidrose des mains ou des pieds est rarement assez accentuée pour gêner les malades dans la vie courante. Cependant, lorsqu'elle prend des proportions considérables, elle occasionne une gêne importante et peut nécessiter un traitement.

A la suite d'autres auteurs et en particulier de l'école de Leriche, A., C. et B. ont étudié l'effet de la résection du ganglion et des troncs de la chaîne sympathique sur cette infirmité.

Ils rapportent l'observation de 5 malades: 4 hommes et 1 femme, souffrant d'hyperhidrose importante localisée aux 4 membres et qui ont été guéris, au niveau des membres supérieurs, grâce à une résection bilatérale du ganglion sympathique cervico-thoracique; en cas d'hyperidrose plantaire, la résection devrait comporter les second, troisième et quatrième ganglions lombaires sympathiques.

Dans leur article, les auteurs discutent la nature de cette hyperidrose; pour eux, il s'agit d'un trouble du fonctionnement sympathique lié à des troubles du côté du système nerveux central. Les relations avec le syndrome de Raynaud semblent très nettes, tous ces sujets accusant par ailleurs des modifications de la vaso-motricité des membres en question. Ajoutons qu'il ne semble pas y avoir de lésion anatomique des glandes sudoripares comme en témoignent les coupes histologiques jointes à l'observation. F. d'Allaines.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

W. A. Thompson et **Wilfrid Gaisford.** ***La sténose congénitale du pylore*** (*The British medical Journal*, n° 3908, 30 Novembre 1935, p. 1037-1041). — T. et C. font une revue générale de cette question.

La pathogénie de la sténose pylorique congénitale est encore inexpliquée: hypertrophie congénitale, spasme primitif avec hypertrophie secondaire ou combinaison des deux.

Différentes théories ont été avancées pour expliquer l'hypertrophie. Citons la dernière en date: le manque de vitamine B pendant les derniers mois de la grossesse qui amènerait une démyélinisation des nerfs du pylore.

Pour le spasme, on a invoqué le traumatisme, l'incoordination du système nerveux autonome qui donnerait des contractions du pylore à contretemps.

Il existe toujours également un gonflement de la muqueuse pylorique qui met trois semaines à se produire, juste le temps nécessaire pour voir se compléter l'obstruction absolue.

Au point de vue étiologique, les garçons sont plus souvent atteints de cette affection que les filles (91 pour 100). Le premier enfant d'une famille est également le plus souvent atteint (69,8 pour 100) et il est rare de voir deux cas dans une même famille.

Les 4 symptômes cliniques cardinaux sont: les vomissements, la constipation, les contractions péristaltiques visibles et une tumeur palpable.

Le diagnostic est à faire avec le pylorospasme qui existe « plus fréquemment dans le cerveau du chirurgien que dans l'abdomen de l'enfant », avec la sténose duodénale congénitale également rare et qui se signale par la présence de bile dans les vomissements et l'absence de tumeur palpable, avec la gastrite infantile où les vomissements sont différents et où la diarrhée est fréquente.

Pour le traitement, les meilleurs résultats sont obtenus par le traitement médical quand on peut l'appliquer, c'est-à-dire dans les cas de moyenne gravité. On sait que la sténose du pylore tend à guérir spontanément entre le 4e et le 6e mois. Le traitement médical consiste à faire vivre l'enfant jusqu'à cette date en maintenant la quantité de liquide absorbée et en le préservant des infections: nourrir l'enfant avec une nourriture la plus concentrée possible toutes les quatre heures ou mieux avec du lait de femme, donner des antispasmodiques, faire de temps en temps des lavages d'estomac et enfin administrer des solutions isotoniques soit sous la peau, soit dans les veines, soit dans le péritoine, cette dernière méthode étant plus rapide et permettant de faire absorber de grandes quantités de liquide.

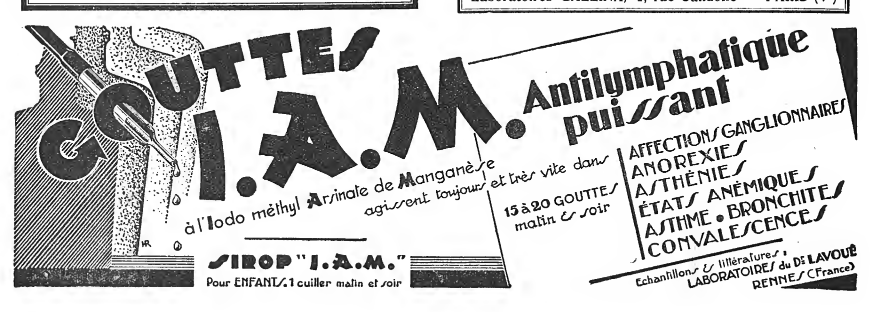
Quant au traitement chirurgical, la méthode de Fredet est particulièrement recommandée.

Un certain nombre de complications sont à redouter, chirurgicales et médicales: hernie, hémorragie, opération incomplète, gastro-entérite, otites, pyélonéphrite, broncho-pneumonie.

Sur 178 cas traités à l'hôpital, il y eut une mortalité de 16 pour 100; sur 32 cas traités en ville, 3,2 pour 100 de mortalité. La mortalité élevée des cas opérés à l'hôpital tient uniquement à ce que les enfants ont été amenés tardivement dans un état désespéré.

André Plichet.

Katharine Coward et **Barbara Morgan.** ***Estimation quantitative des vitamines A et D dans différents aliments cuits ou frais*** (*The British medical journal*, n° 3908, 30 Novembre 1935, p. 1041-1044). — D'après le code international de standardisation, l'unité-rat est la quantité de vitamine A capable de produire une augmentation de poids de 2 à 3 gr. par semaine durant cinq semaines chez des rats qui avaient cessé de grossir avec un régime carencé en vitamine A. Cette définition fut donnée alors qu'on ne s'était pas encore aperçu que cette unité-rat pouvait varier selon le moment où est employée cette vitamine A et selon l'alimentation donnée.



GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
15 à 20 GOUTTES matin & soir
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS. 1 cuiller matin et soir
Echantillons & littératures : LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ
RENNES (France)

Pour obenir la valeur en vitamine A des différents aliments, C. et M. ont comparé leur action à celle d'un échantillon d'huile de foie de morue de valeur connue.

La cuisson des légumes, en les faisant bouillir comme on le fait généralement, ne leur fait rien perdre en vitamine A. Les carottes, les choux, les haricots·bouillis contiennent, par quantité que l'on consomme habituellement en un repas, un chiffre appréciable en vitamine A. Ce chiffre est le 1/3, le 1/7, le 1/10 de la vitamine A contenue dans le beurre d'été qui égale 60 unités-rat par gramme.

Par contre, les aliments usuels contiennent peu de vitamine D. C'est ainsi qu'un 1/2 litre de lait ne contient pas plus de vitamine D qu'un 1/4 de cuillère à thé d'huile de foie de morue. 30 gr. de beurre en contiennent encore moins. Les jaunes d'œuf sont un peu plus riches que le beurre en vitamine D. Le foie de veau n'en contient pas du tout.

C. et M. ont pu dresser des tables montrant la puissance en vitamines A et D des différentes substances exprimée en unités internationales par gramme de nourriture.

André Plichet.

ORVOSI HETILAP
(Budapest)

Dzsinich et **V. Pély.** ***Les modifications du métabolisme des hydrates de carbone dans l'état allergique et au cours d'une réaction histaminique*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 31, Août 1935, p. 839-842). — D. et P., dans leurs recherches antérieures, ont démontré qu'il existe un parallélisme très étroit entre l'intoxication par l'histamine et l'état anaphylactique chez l'homme et dans les différentes espèces animales. Dans ces nouvelles recherches, il font connaître une analogie encore inconnue, qui se rapporte au métabolisme des hydrates de carbone des asthmatiques. D. et P. ont examiné tout d'abord le taux du sang à jeun en hydrates de carbone.

Ils ont trouvé, d'une part, que, chez les asthmatiques à jeun, dans la plupart des cas, il existe une hypoglycémie et que pendant l'accès d'asthme on peut observer une hyperglycémie très marquée. D'autre part, on a établi qu'au cours d'un choc anaphylactique le taux de la glycémie augmente, et que, durant le maximum de la réaction à l'histamine, l'hyperglycémie est semblable à celle d'un accès asthmatique.

D. et P. ont établi que les courbes de glycémie, après ingestion d'hydrates de carbone, ne donnent pas de résultats uniformes dans un choc anaphylactique, dans un accès·d'asthme ou dans la réaction histaminique. Il est à supposer que, dans ces cas, la cause de la variabilité des réactions peut être déterminée en partie par des différences qualitatives et en partie par des différences quantitatives. La courbe de glycémie des animaux, pendant la sensibilisation, démontre que chez ces sujets il existe un symptôme décrit comme sympathicotonie.

A. Blazso.

Rosenthal et **Szilard.** ***Dosage nouveau pour la détermination de vitamine A du sang*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 31, Août 1935, p. 846-848). — Puisque nous connaissons déjà la structure et les propriétés chimiques de la vitamine A, il est nécessaire de savoir doser le taux sanguin de cette substance et mettre au service de la science médicale les résultats ainsi obtenus.

R. et S., qui ont établi une méthode pour le dosage de la vitamine A, ont réussi à découvrir par cette recherche une autre technique qui donne des résultats plus exacts et plus faciles pour le micro-dosage de cette substance.

La méthode est la suivante: 10-30 cmc de sérum (au plus) sont 4 fois extraits avec 50 cmc de pétrole-éther. Les quatre parties de l'extrait sont séchées avec du sulfate de soude sec et ensuite évaporées. Le résidu de l'évaporation est desséché. Avec la substance ainsi traitée, on peut exécuter la réaction. Pour cet extrait, on met 0 cmc 25 de chloroforme absolu, 0 cmc 25 d'une solution à 5 pour 100 de gaïacol dans du chloroforme et 0 cmc 5 d'une solution saturée de chlorure d'antimoine. Ce mélange sera placé pendant 1 minute et demie au bain-marie, et, après cette manipulation, on pratique la comparaison colorimétrique avec une solution 0,001 pour 100 de permanganate de potasse ou au moyen d'un colorimètre de Leitz.

L'avantage de cette méthode est que l'extraction du carotène est éliminée parce que la réaction à gaïacol ne dose pas cette substance. Cette réaction donne la possibilité de doser directement la quantité du sang en vitamine A.

A. Blazso.

IL POLICLINICO [Sezione chirurgica]
(Rome)

Pietro Emiliani (Florence) ***La preuve biologique par la réaction de l'albumine A (méthode de Kahn) dans le diagnostic des tumeurs malignes*** (*Il Policlinico* [*Sez. chirurg.*], An. **42**, n° 11, 15 Novembre 1935, p. 629). — Parmi les multiples réactions biologiques proposées pour le diagnostic du cancer, la clinique chirurgicale du professeur Taddei a mis à l'étude la méthode de Kahn. Cet auteur pense que l'altération la plus caractéristique du sérum des cancéreux consiste non pas tant en l'augmentation des globulines et en la diminution du quotient sérum albumine-globuline, qu'en la diminution absolue de la séro-albumine, diminution portant surtout sur la fraction la plus hydrophile: l'albumine A. C'est en précipitant cette albumine par une solution de sulfate d'ammoniaque à 37,20 pour 100 que la réaction est obtenue.

Suivant les indications de Kahn qui décrivit sa méthode en 1924, la réaction avait une positivité plus ou moins forte dans 87 pour 100 des cas de cancer. Mais ce ne fut là l'avis de Heim qui ne trouve que 1.700 réactions positives sur 3.000 cas; de Behrens qui ne trouve que 65 pour 100 de résultats positifs et qui signale des positivités dans la grossesse et en cas d'insuffisance hépatique.

D'autres, par contre, comme Rohrig et Sievers, constatent, dans 80 pour 100 des cas, la fidélité de la réaction.

Frégonneau, Wottschall, Griebel, Nelken et Glucksmann, Wolfsohn et Kohler expérimentent à leur tour la méthode et la croient intéressante dans les cas cliniques douteux.

P. E., qui a étudié la réaction sur 238 cas, conclut comme Fleck, Laux, Candela et F. Bernhard que la réaction présente un intérêt certain et mérite une étude plus approfondie et généralisée. 77 pour 100 des cas positifs furent des cancers, mais des cas d'erreur existent, car la réaction est positive souvent en cas de grossesse, de tuberculose évolutive, de pyrexie et d'insuffisance hépatique.

Marcel Arnaud.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE
(Florence)

Rossi et **Gastaldi.** ***La régénération du tissu nerveux chez les vertébrés supérieurs. Revue critique avec des données personnelles*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*. Vol. **46**, fasc. 1, Août 1935, p. 1-370). — Ce très important mémoire comprend 2 chapitres, l'un consacré à l'aspect régénératif des nerfs périphériques des vertébrés supérieurs, l'autre consacré à l'étude des processus régénératifs du système nerveux central

Dans le premier chapitre, R. et G. passent successivement en revue la dégénérescence wallérienne, les doctrines centraliste et périphérique de la régénération nerveuse, les phénomènes de régénération dans les racines spinales et les terminaisons nerveuses périphériques, les phénomènes de neurotropisme, les considérations générales et locales susceptibles de conditionner la régénération des nerfs, le mode de coalescence des extrémités centrale et périphérique des nerfs de fonction différente, les rapports entre la régénération nerveuse et le retour de l'activité fonctionnelle dans le territoire d'un nerf lésé.

Dans la seconde partie, R. et G. envisagent les processus de régénération des cellules nerveuses à l'état normal et dans des conditions pathologiques et expérimentales, les phénomènes de régénération des fibres nerveuses de la moelle, les phénomènes dégénératifs et régénératifs des fibres nerveuses du cerveau et du cervelet, du nerf optique. Ils étudient également les phénomènes qui se déroulent dans la cellule nerveuse parallèlement aux phénomènes dégénératifs et régénératifs des fibres du système nerveux central, la régénération dans les ganglions spinaux et sympathiques et la régénération collatérale, les modes de régénération chez les animaux en état d'hibernation et les animaux thyroïdectomisés. R. et G. étudient aussi dans le système nerveux central les rapports entre la régénération et la récupération fonctionnelle et les phénomènes de régénération dans le territoire du système nerveux végétatif.

H. Schaeffer.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

A. Graber. ***Contribution au traitement chirurgical de la lithiase biliaire*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **12**, n° 36, 27 Septembre 1935, et n° 37, 3 Octobre 1935). — La littérature et l'expérience personnelle de l'auteur, sur la réapparition des calculs biliaires et des crises sans calculs après la cholécystectomie, démontrent la nécessité de la revision de la question pratique de cette intervention. Les complications post-opératoires et les crises de coliques sans calculs sont dues aux troubles du fonctionnement de la vésicule biliaire et particulièrement à la dyskinésie entre le sphincter d'Oddi et le système neuro-musculaire de la vésicule. Les troubles augmentent à la suite de la suppression de la muqueuse de la vésicule; il convient d'éviter dans la mesure du possible de conserver la vésicule biliaire. Dans le cas d'échec des procédés classiques, on peut avoir recours à la cautérisation de la muqueuse suivie de fermeture de la vésicule « mucoclasis ».

Fribourg-Blanc.

R. Rabinzon et **A. Witonski.** ***Syndrome de Cushing. Contribution à sa pathogénie*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **12**, n° 37, 3 Octobre 1935, p. 681-684). — R. et W. rapportent l'observation d'un malade présentant un syndrome de Cushing à forme d'ostéoporose. En plus des signes classiques, ils notent l'existence d'hyperpotassémie et d'hyperkératose unguéale en rapport avec l'hyperactivité des parathyroïdes. La clinique oppose un doute sérieux à l'autonomie de la maladie de Cushing. L'affection ne paraît pas être une entité morbide, mais plutôt un syndrome dont le trait caractéristique est le basophilisme. Ce syndrome peut être primitif ou secondaire. Il peut

survenir à la suite d'atteinte d'autres glandes à sécrétion interne qui déterminent des modifications au niveau de l'hypophyse. C'est le basophilisme secondaire.

FRIBOURG-BLANC.

GRUZLICA
(Varsovie)

J. Pawlowicz. **Pneumothorax de défense** (*Gruzlica*, t. 10, n° 3, 1935, p. 347-361). — A l'occasion de 33 cas de pneumothorax spontané, P. passe en revue les causes qu'il rattache: 1° à l'érosion de la plèvre par un foyer caséeux sous-jacent; 2° à la rupture d'une adhérence; 3° à la rupture d'une alvéole pulmonaire modifiée par l'emphysème concomitant; 4° à un traumatisme mécanique du poumon.

Au point de vue anatomique et clinique, P. distingue 3 formes de pneumothorax: fermé, ouvert et à soupape. L'évolution du pneumothorax spontané est subordonnée, entre autres facteurs variés, à la forme de la maladie et à la qualité de l'air qui pénètre dans la cavité pleurale. A la lumière des observations rapportées dans son travail, P. considère le pneumothorax spontané comme un réflexe de défense de l'organisme et cherche à le rayer du nombre des complications surchargeant le pronostic de la tuberculose pulmonaire.

FRIBOURG-BLANC.

MISCAREA MEDICALA ROMANA

C. I. Parhon. **Relations des glandes endocrines avec la teneur en eau du sang, des organes et des tissus** (*Miscarea medicala Romana*, t. 8, n°s 9-10, 1935, p. 654-660). — P. expose les recherches qu'il a poursuivies avec Marfa, Cahane et Blinov concernant l'action de l'extirpation de certaines glandes endocrines ou de certains extraits d'organes sur la teneur en eau des différents organes et tissus. Certaines interventions ou traitements ont surtout une action hydratante; il en est ainsi pour le traitement thyroïdien par les lipoïdes ovariens et placentaires, la surrénalectomie, la splénectomie. Par contre, les traitements par la post-hypophyse, l'insuline, les extraits orchitiques, la poudre hépatique, la castration, déterminent la déshydratation de la plupart des organes et tissus. Il faut se garder de généraliser; en effet, tel extrait d'organe ou extirpation fait augmenter l'eau de certains organes et la diminue dans d'autres. Enfin, certains organes comme le rein, le pancréas, réagissent le plus souvent par l'hydratation alors que l'hypophyse, les glandes génitales, le corps thyroïde réagissent par la déshydratation. Les conclusions de P. mettent en évidence d'intéressantes corrélations. On en tiendra compte, quand il s'agira de modifier électivement le fonctionnement des organes et aussi dans la discussion de la pathogénie du vieillissement et du rajeunissement.

HENRI KRAUTER.

S. Theodoresco et M. Blumenthal. **Contributions à l'étude des relations entre le parapsoriasis « en gouttes » et la tuberculose. Guérison par la tuberculine** (*Miscarea medicala Romana*, t. 8, n°s 9-10, 1935, p. 660-665). — Les recherches récentes sur l'étiologie et la pathogénie du parapsoriasis s'orientent vers la tuberculose. Déjà, en 1906, Civatte, dans sa thèse, insiste sur l'identité des altérations histologiques, et cherche à placer le parapsoriasis dans le cadre des tuberculoses atypiques de la peau. En 1934, Ravaut et Rabeau ont publié dans *La Presse Médicale* les résultats favorables du traitement par le vaccin de Vaudremer et la chrysalbine d'un cas de parapsoriasis en plaques.

T. et B. résument leurs recherches et tirent les conclusions suivantes:

Dans 6 cas de parapsoriasis « en gouttes », ils ont obtenu avec la tuberculine en solution à 1/10.000^e une réaction intradermique positive très intense; la réaction Morso a été 4 fois fortement positive et 2 fois faiblement positive. Sur 6 cas traités par la tuberculine en injections, 3 ont été complètement guéris; les 3 autres cas furent améliorés, sans obtenir une guérison définitive. Les cas qui ont guéri étaient de date récente.

Dans un cas, l'examen histologique a révélé une structure très rapprochée de celle du lupus érythémateux (hyperkératose folliculaire). Des recherches expérimentales ont été faites dans 3 cas, par inoculation aux cobayes; pour un seul, on a obtenu au premier passage une adénopathie trachéo-bronchique avec présence d'acido-résistants et au second passage une tuberculose généralisée. Les cultures ont révélé une phtisie humaine.

HENRI KRAUTER.

MEDICINSKI PREGLED
(Belgrade)

S. Davidovitch. **Sur l'importance des recherches biochimiques dans le sang avant et après l'intervention chirurgicale** (*Medicinski Pregled*, t. 10, n° 9, Septembre 1935, p. 161-165). — Chez 31 malades, D. a fait des dosages d'urée, des chlorures et du calcium dans le sang total et des chlorures dans les urines avant et après l'intervention chirurgicale. De ces résultats, il ressort que l'urée augmente, tandis que les chlorures et le calcium dans le sang et les chlorures urinaires diminuent notablement après l'opération. L'azotémie post-opératoire se trouvait de 0,15 à 0,35 plus élevée qu'avant l'intervention. Dans un cas seulement, elle dépassait 1 gr. Pour prévenir certaines complications post-opératoires, il est à recommander, après les opérations à l'abdomen, de donner aux malades du sérum physiologique ou une solution hypertonique salée. L'intervention doit être conduite lentement et avec précaution pour éviter le choc opératoire.

LAZARE STANOYÉVITCH.

A. Sercer. **Le rôle du rhinologue dans le traitement de l'asthme** (*Medicinski Pregled*, t. 10, n° 10, Octobre 1935, p. 201-206). — Les réflexes naso-pulmonaire et naso-thoracique normaux influencent favorablement la respiration dans ce sens qu'elle devient superficielle si ces réflexes disparaissent pour une raison quelconque. Dans ce cas, la ventilation pulmonaire, ainsi que l'échange gazeux, deviennent plus difficiles. Pour étudier ces réflexes, S. s'adressa aux malades qui subirent une laryngostomie, parce que chez eux l'intégrité anatomique, entre les parties supérieures et inférieures de l'appareil respiratoire, est interrompue, tandis que la communication réflexe reste intacte. Etant donné que la respiration asthmatique est une respiration superficielle dans la position inspiratoire de la cage thoracique, la fonction nasale normale se trouve en opposition directe au développement de l'asthme. Les divers processus pathologiques dans le nez facilitent l'apparition de l'asthme par le fait, qu'à cause d'eux, le sujet atteint doit recourir à la respiration buccale, qui est analogue, ce qui est prouvé par la spirométrie, à la respiration asthmatique. Par un procédé ingénieux, en introduisant un ballon en caoutchouc par la trachéostomie dans la bronche droite, S. a pu enregistrer graphiquement le fait que l'irritation mécanique de la muqueuse nasale provoque une forte contraction des bronches, ce qui montre que les produits pathologiques dans le nez peuvent provoquer une crise d'asthme. De ce fait une simple rhinoscopie ne suffit pas à déceler les causes de l'asthme, mais il faut pratiquer une rhinomanométrie complète.

LAZARE STANOYÉVITCH.

S. Tassovatz et N. Miryanitch. **L'importance du dosage biologique de la gravidine pour le diagnostic et le pronostic de la môle et du chorio-épithéliome** (*Medicinski Pregled*, t. 10, n° 11, Novembre 1935). — T. et M. ont fait l'étude quantitative de la sécrétion de l'hormone lutéinisante: prolan B, gonadostimuline, gravidine, dans 4 cas de môle hydatique et 5 cas de chorio-épithéliome. Les dosages ont été effectués dans le sérum sanguin et les urines par la méthode de Brindeau-Hinglais. Dans les cas de môle, les chiffres suivants ont été obtenus: dans le premier cas, immédiatement après l'évacuation de la môle, 80.000 unités lapin par litre de sérum; dans le second cas, avant l'évacuation de la môle, 400.000 unités par litre d'urine; dans l'observation III, avant l'expulsion de la môle, 100.000 unités ont été dosées; enfin dans une dernière observation, on trouva avant l'évacuation de la môle 65.000 unités. Pour les cas de chorio-épithéliome malin, la concentration de la gravidine avait oscillé entre 45.000 et 65.000 unités par litre d'urine. Donc, au point de vue biologique, il y avait hypersécrétion considérable de la gravidine au cours de ces états pathologiques caractérisés histologiquement par une hyperplasie anarchique du tissu chorial. Ces chiffres apportent, d'après l'opinion de T. et M., une confirmation de plus de la relation directe qui existe entre la vitalité, l'abondance et la destinée des éléments choriaux et la gravidine.

LAZARE STANOYÉVITCH.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL (Paris)

P. Mocquot. ***La bile recueillie par drainage chirurgical des voies biliaires*** (*Le Bulletin médical*, t. **50**, n° 3, 18 Janvier 1936, p. 29-34). — Lorsque l'occasion s'en est présentée, M. a fait étudier la densité, la fluidité, la teneur en matières solides et en sels minéraux de la bile recueillie par drainage chirurgical.

Au cours du drainage biliaire pour ictère par rétention, la bile noire, foncée, épaisse, recueillie dans les premiers jours, contient moins de matériaux solides que la bile claire, limpide, recueillie plus tard; il y a souvent un défaut de concordance entre l'aspect de la bile et sa concentration.

La plus grande concentration de la bile a été observée sur un échantillon prélevé dans la vésicule au cours d'une opération chez une malade ayant présenté des crises de cholécystite aiguë. La concentration minima a été rencontrée chez une femme de 50 ans atteinte de calcul du cholédoque et cholécystite suppurée. Chez 2 malades, on a remarqué que l'aspect de la bile était extrêmement variable le jour et la nuit. Entre 10 heures et 22 heures, la bile était presque incolore, de 22 heures à 4 heures, elle était claire, et ensuite plus foncée. La teneur en sels minéraux était sensiblement la même dans les trois prélèvements; la densité et la fluidité ont varié dans le même sens que la couleur.

Dans les cholécystites calculeuses, les chiffres de densité et de concentration ont une valeur moyenne; dans les calculs du cholédoque, la bile recueillie après drainage de l'hépatique montre en général une faible densité. Dans les cholécystites sans calcul, on a noté une concentration assez forte de la bile. Dans les ictères sans obstacle, les variations ont été assez grandes. Dans un cas de cancer du pancréas, il existait une forte concentration biliaire; dans un autre, la concentration était faible; chez un troisième, la concentration de la bile s'abaissa progressivement.

Il n'y a pas de rapport constant entre le taux de l'extrait sec et les cendres, ni entre la densité, la fluidité et la concentration. La présence de mucus paraît être le grand facteur de la diminution de la fluidité.

Robert Clément.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

Ch. Auguste (Lille). ***La réaction de Bordet-Wassermann dans le sérum débarrassé de la fraction précipitable par l'acide chlorhydrique*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **56**, n° 1, Janvier 1936, p. 17-45). — La fraction du sérum précipitable par l'acide chlorhydrique, suivant la méthode employée, comprend des euglobulines et une proportion plus ou moins importante d'une lipoprotéine phosphorée et cholestérinée.

Des réactions de Bordet-Wassermann ont été faites comparativement sur le sérum entier, la fraction précipitable par l'acide chlorhydrique et la fraction non précipitable, avec des sérums chauffés et non chauffés.

Sur 253 sérums étudiés, la réaction avec le sérum entier a été négative chez tous les sujets normaux, les malades non syphilitiques et chez 58,2 p. 100 des syphilitiques. Avec la fraction précipitable redissoute, le Bordet-Wassermann a été négatif chez tous les sujets normaux, chez 88 pour 100 des non syphilitiques, chez 95,4 pour 100 des syphilitiques ayant une réaction négative avec le sérum entier et chez 36 pour 100 des syphilitiques présentant une réaction positive dans le sérum total. Il a été positif chez 12 pour 100 des sujets non syphilitiques et chez 4,6 pour 100 des syphilitiques présentant une réaction négative dans le sérum entier ainsi que chez 64 pour 100 des syphilitiques présentant une réaction positive dans le sérum total. Sur la fraction non précipitable du sérum, le Bordet-Wassermann a été négatif chez tous les sujets normaux et non syphilitiques et chez 47 pour 100 des syphilitiques présentant une réaction négative dans le sérum entier. Il fut positif chez 53 pour 100 des syphilitiques ayant un Bordet-Wassermann négatif dans le sérum total et chez tous les syphilitiques présentant une réaction positive avec ce sérum.

La comparaison avec les autres épreuves a montré une spécificité égale à la réaction de Vernes; comme elle, cette réaction est demeurée négative chez tous les malades non syphilitiques, et supérieure à celles de Kahn et de Hecht qui ont fourni respectivement chez les mêmes malades 0,76 et 2,1 pour 100 de résultats positifs non spécifiques.

La sensibilité de cette technique est supérieure à celle des réactions de Kahn, de Vernes et de Hecht, puisqu'elle a donné 70 pour 100 des résultats positifs chez les syphilitiques alors que les autres ont fourni respectivement 54,9, 41,6 et 38,1 pour 100.

Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

Nic. J. Spyropoulos (Athènes). ***Contribution à l'étude de l'anémie pseudo-leucémique des enfants*** (*Archives de médecine des enfants*, t. **39**, n° 2, Février 1936, p. 73-97). — S. expose en raccourci les 54 cas personnels d'anémie pseudo-leucémique qu'il a eu l'occasion de voir et de suivre chez des enfants. Tous ces cas présentent des caractères cliniques et hématologiques qui permettent de les rattacher à une forme d'anémie du type Jaksch-Luzet.

Aucune de ces observations ne permet d'incriminer l'un ou l'autre des facteurs étiologiques habituellement mis en cause. Le facteur alimentaire ne saurait être retenu, pas plus que les divers facteurs toxi-infectieux habituellement signalés: syphilis, tuberculose, paludisme, parasitoses diverses, etc. Le rachitisme est également à exclure de l'étiologie de cette anémie.

Dans 3 cas, l'anémie pseudo-leucémique a été retrouvée chez un autre membre de la famille, mais cette proportion de cas familiaux est trop faible pour qu'on puisse la retenir au point de vue étiologique.

En définitive, S. divise les anémies pseudo-leucémiques en deux catégories: La première est constituée par le type pur de von Jaksch-Luzet, considérée comme une maladie du système hématopoïétique de l'enfance, due à un facteur étiologique spécial inconnu et se manifestant par une anémie mégalosplénique fébrile progressive avec érythroblastose, troubles rachitiformes et comportant un pronostic fatal.

La deuxième catégorie comprend toutes les autres formes plus ou moins proches de l'anémie du type von Jaksch-Luzet et qui sont dues aux diverses causes connues: alimentaires, toxi-infectieuses, etc. Ces dernières formes, au contraire des précédentes, sont le plus souvent bénignes et guérissent par un traitement approprié.

G. Schreiber.

REVUE DE LA TUBERCULOSE (Paris)

A. Fourès, M. Durel et G. Pellier. ***Pneumothorax à fortes pressions. Technique. Indications. Dangers*** (*Revue de la Tuberculose*, 5e série, t. **1**, n° 10, Décembre 1935, p. 1140-1151). — Il faut distinguer, parmi les pneumothorax supportant de fortes pressions intrapleurales, ceux qui, malgré une pression terminale forte, conservent une pression initiale faible, et ceux dont même la pression initiale est forte. Ces derniers sont presque toujours caractérisés par une tendance nette à la symphyse, dès que l'on cesse les fortes pressions; ce sont les seuls qui méritent la dénomination de pneumothorax à fortes pressions.

Pour créer ou entretenir de tels pneumothorax, la technique simple consiste, non pas tant à élever la pression terminale qui doit avoir des limites, qu'à rapprocher suffisamment les insufflations dans le but de faire monter la pression initiale qui seule est efficace.

L'indication majeure des fortes pressions est la lutte contre la symphyse, et, en outre, la création et l'entretien de pneumothorax partiels efficaces, certains hydropneumothorax.

Les fortes pressions sont contre-indiquées lorsque existent des brides pleurales susceptibles de se rompre, ou dans certains cas de liquides pleuraux puriformes, riches en bacilles de Koch, se reproduisant rapidement.

Les pneumothorax à fortes pressions n'exposent pas plus que ceux à faible pression aux dangers de tout collapsus gazeux. Les poussées liquidiennes y sont même moins fréquentes et la perforation, si elle se produit peut-être plus souvent, y perd, par contre, beaucoup de son habituelle gravité.

Les fortes pressions constituent une arme thérapeutique de valeur, dont il ne faut pas redouter l'emploi, et dont on tirera de bons résultats, à condition de poser de bonnes indications et de se conformer à une bonne technique des insufflations.

L. Rivet.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD (Lille)

J. Lhermitte. ***Le traitement des rhumatismes chroniques et des algies par le venin d'abeilles (apicothérapie)*** [*L'Écho médical du Nord*, 3e série, t. **5**, n° 3, 19 Janvier 1936, p. 65-77]. — Des recherches expérimentales ont montré à L. l'innocuité absolue d'un extrait de venin d'abeilles contenant 0,8 d'unités-souris par ampoule (une unité étant la dose mortelle pour une souris de 15 gr.), lorsqu'il est injecté sous la peau ou directement dans le sang et sa nocivité lorsqu'il est introduit directement par effraction dans les troncs nerveux périphériques et dans les ventricules cérébraux.

L'injection de ce venin dans la veine marginale de l'oreille de lapin ne provoque aucun phénomène appréciable à moins que l'on injecte des doses très supérieures à celles employées en thérapeutique. Introduit à proximité du tronc du nerf sciatique, le venin ne détermine ni phéno-

mène douloureux, ni parésie; au contraire, injecté dans l'intérieur du tronc nerveux, il provoque la dégénérescence de la myéline. Mis en contact avec la substance cérébrale, le venin provoque des convulsions épileptiques suivies de mort et des altérations dégénératives des cellules nerveuses.

En thérapeutique humaine, les injections de venin d'abeilles à l'endroit douloureux ont provoqué l'amélioration ou la disparition des douleurs dans 10 cas, et ont été suivies d'échec chez 3 sujets.

Il ne semble pas que le venin d'abeilles ait un pouvoir anti-infectieux; l'apicothérapie ne peut non plus être considérée comme une médication de choc. « Le venin d'abeilles, même dépourvu d'albumine, possède un pouvoir neurolytique certain; il y a lieu de penser que l'introduction dans les muscles ou le pannicule sous-cutané, qui avoisine les articulations ou les troncs nerveux douloureux, permet la fixation d'une partie du venin sur les ramifications nerveuses et ainsi suspend les phénomènes algiques et les réactions vaso-motrices caractéristiques de l'inflammation. »

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE L'EST
(Nancy)

Drouet, Collesson, Neimann et Lepoire. *Recherches sur l'oscillométrie dans l'artérite sénile des membres* (*Revue médicale de l'Est*, t. **63**, nº 23, 1er Décembre 1935, p. 793-805). — La mesure de la tension artérielle et de l'indice oscillométrique au niveau des divers segments de membres, chez le sujet couché et en dehors des périodes digestives, a été faite sur 41 hommes et 54 femmes entre 60 et 91 ans. Elle a montré l'existence fréquente, chez les sujets âgés, d'un indice oscillométrique très diminué ou complètement aboli, sans qu'il existe aucune manifestation clinique d'oblitération artérielle. Il n'y a aucune relation nette entre l'âge et l'indice oscillométrique; celui-ci présente une grande variabilité chez les vieillards. D'une façon générale, les indices amples coexistent avec des tensions élevées et indiquent un myocarde se contractant énergiquement; mais cette règle n'a aucune valeur absolue.

La rigidité des artères séniles, que traduit cette diminution de l'indice oscillométrique, est peu favorable au spasme; c'est sans doute la meilleure explication de l'absence fréquente de claudication intermittente dans ces formes d'artérite latente.

Chez un individu, de plus de 60 ans, l'abolition ou la diminution considérable de l'indice oscillométrique, témoin local d'un processus de scléroses viscérales multiples, est une constatation grave au point de vue du pronostic vital. Sur 53 sujets, présentant un indice plus grand que 1, la mortalité après 3 ans a été de 39 pour 100; dans les mêmes conditions, les décès ont atteint 61 pour 100 chez 47 malades, dont l'indice était égal ou inférieur à 1. Le taux de mortalité a été de 71 pour 100 dans les 21 cas où l'indice était pratiquement aboli, même d'un seul côté.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

I. Boas. *Différenciation des hémorragies bénignes et malignes du tube digestif* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, nº 50, 13 Décembre 1935, p. 2003-2006). — Les recherches anciennes d'hématine dans les matières fécales paraissent actuellement insuffisamment exactes. Lors de réaction peroxydasique positive forte, la recherche d'hémoglobine occulte dans les selles est indispensable.

Si sa présence lors d'un examen isolé n'a pas de signification pronostique, par contre la recherche en série de l'hémoglobine permet de différencier les hémorragies bénignes, au cours desquelles le taux d'hémoglobine éliminée diminue rapidement, et les formes malignes qui comportent une persistance de l'hémorragie.

Le taux de stercoporphyrine doit également être recherché: il est peu élevé dans les cas légers, alors que les hémorragies malignes déterminent une élévation importante de la quantité de porphyrine des selles, indépendamment de leur teneur en hématine.

Une méthode simple de recherches permet d'apprécier pratiquement de façon suffisamment exacte la quantité de stercoporphyrine éliminée.

Les recherches spectroscopiques et spectrochromiques d'examen méritent d'occuper dans la pratique médicale une place plus importante que celle qu'on leur attribue actuellement.

G. Dreyfus-Sée.

Karrenberg. *La trichotillomanie* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, nº 50, 13 Décembre 1935, p. 2006-2008). — La trichotillomanie a été décrite en 1889 par Hallopeau qui l'attribuait à un prurit local entraînant un agacement tel que le paient arrache ses poils pour tenter de le soulager. De multiples observations publiées ultérieurement ont montré que le prurit est un symptôme accessoire souvent absent, mais que la manie dépilatoire se montre chez des sujets présentant habituellement des tares psychiques importantes. Dans nombre de cas, cependant, ce tic est isolé et apparaît comme une mauvaise habitude analogue à la succion du pouce ou à l'onychophagie. L'un des enfants observés par K. avait été amené ainsi que sa sœur à une consultation de dermatologie pour une alopécie atypique et qui paraissait contagieuse puisqu'elle avait atteint successivement les 2 enfants.

L'examen et la surveillance de ces enfants montra que le garçonnet, âgé de 12 ans, avait pris depuis 18 mois l'habitude de s'arracher les cheveux sans aucune raison locale ni générale ou psychique. En outre, il arrachait également les cheveux de sa sœur. La taille des cheveux et un traitement psychothérapique simple eurent vite raison des phénomènes.

Chez un autre malade adulte, médecin, la trichotillomanie se manifestait durant les périodes d'inattention pendant lesquelles il arrachait une partie de sa moustache.

Un enfant de 10 ans, atteint d'alopécie en aire d'origine hérédo-syphilitique, avait pris l'habitude d'arracher les cheveux restant entre les régions alopéciques afin de tenter d'échapper aux moqueries de ses camarades; cette habitude devint ultérieurement un tic.

D'autres observations ont montré que la manie dépilatoire peut comporter l'arrachement des poils pubiens, des cils ou des sourcils. La thérapeutique psychothérapique a habituellement raison de cette tare psychique qui peut simuler diverses affections dermatologiques.

G. Dreyfus-Sée.

F. Kehrer. *Le diagnostic de la chorée chronique héréditaire et son importance pour l'hygiène raciale* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, nº 51, 20 Décembre 1935, p. 2039-2043). — La chorée chronique d'Huntington, affection héréditaire, paraît plus fréquente qu'on ne l'admet habituellement. Nombre des malades, en effet, ne justifient pendant longtemps ni internement, ni hospitalisation en service de chronique, de telle sorte qu'ils échappent aux médecins spécialistes des affections nerveuses et risquent de ne pas être touchés par les mesures actuellement officielles en Allemagne concernant les sujets atteints de maladies héréditaires graves.

L'apparition relativement tardive des symptômes pathologiques (après 30 ans dans 60 pour 100 des cas, après 20 ans dans 94 pour 100 des cas) fait d'ailleurs que parmi ces malades un certain nombre ont déjà pu procréer.

Il importe donc de dépister le plus précocement possible les manifestations de cette redoutable maladie si l'on veut enrayer sa transmission héréditaire.

Certaines chorées, apparues tardivement, sont souvent considérées par les médecins comme différentes de la chorée héréditaire et ne sont donc pas signalées aux organismes contrôleurs de l'hygiène raciale.

K. considère que, pratiquement, l'apparition d'une chorée chronique progressive chez un adulte doit entraîner le diagnostic de chorée héréditaire; il ne croit pas à l'existence de formes non héréditaires de l'affection.

Il insiste donc sur l'utilité de préciser les petits symptômes de début et d'en répandre la connaissance chez tous les médecins.

G. Dreyfus-Sée.

H. Rosenhagen. *Traitement de l'hypertension intracranienne chronique* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, nº 51, 20 Décembre 1935, p. 2044-2046). — A la suite d'essais tentés chez de nombreux malades présentant de l'hypertension cranienne d'origine variable, R. croit pouvoir recommander le traitement par les solutions hyperconcentrées sucrées ou salées qui lui a fourni constamment des résultats favorables.

Il les a employées en injection chez des sujets atteints de processus méningés chroniques, de tumeurs cérébrales, etc., et a obtenu une sédation des signes fonctionnels si pénibles chez ces malades. Ce traitement symptomatique et sans danger lui paraît donc devoir être retenu.

Il indique la composition exacte des solutions utilisées, qui seront injectées de préférence par voie intra-veineuse.

G. Dreyfus-Sée.

O. Kahler. *Les risques de la trachéo-bronchoscopie* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **61**, nº 52, 27 Décembre 1935, p. 2081-2084). — La trachéobronchoscopie paraît la moins dangereuse de toutes les méthodes endoscopiques.

Aucune lésion grave perforante n'a été signalée à la suite de cette intervention, sauf lors des premiers essais avant le perfectionnement de la technique et des instruments.

Jackson et ses collaborateurs ont publié 5.000 observations sans accident mortel, mais il faut insister sur la nécessité de faire pratiquer l'exploration par un spécialiste expérimenté.

K. étudie les conditions d'anesthésie et les techniques les plus favorables pour éviter les incidents.

La bronchoscopie par trachéotomie moins élégante, mais plus sûre, plus aisée, sera utilisée par les débutants ou en cas d'échec de la voie endolaryngée dans les cas urgents. La position couchée du sujet peut présenter des inconvénients, surtout s'il s'agit d'enfants jeunes et lorsqu'on soupçonne une compression des voies aériennes. Toute érosion de la muqueuse doit être évitée, l'anesthésie bien faite faisant céder le spasme rendra inutile toute violence.

Le danger des trachéo-bronchoscopies supérieures consiste dans le risque d'œdème sous-glottique surtout fréquent et grave chez les enfants jeunes et qui nécessite une trachéotomie secondaire. On sera particulièrement prudent en ce qui concerne les sujets présentant un corps étranger des voies respiratoires, ou une sténose des voies aériennes par compression, ou encore une tuberculose gan-

glionnaire. On redoutera, en effet, dans ce dernier cas, l'existence possible d'une altération préexistante de la muqueuse.

Enfin, les affections vasculaires et cardiaques constituent des contre-indications importantes. En tenant compte de ces considérations de prudence, la trachéobronchoscopie demeure une intervention très importante pour le diagnostic de certaines affections et indispensable à la thérapeutique des corps étrangers des voies respiratoires.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

H. Zischinsky. ***Méningite purulente au décours de la scarlatine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 82, n° 51, 20 Décembre 1935, p. 2028-2030). — La méningite purulente représente une complication rare de la scarlatine.

Lors de ses premières recherches, portant sur 20.000 scarlatineux, Z. n'avait pu trouver que 6 cas de méningite suppurée.

Sur les 6.000 nouveaux malades dont il relate les observations, il a observé 3 nouveaux cas de cette redoutable complication.

Les détails de l'évolution pathologique exposés permettaient d'affirmer chez quelques-uns de ces malades qu'il s'agissait de complication métastatique infectieuse et non de méningite otogène. Par contre, 3 observations comportent une association d'otite qui peut faire discuter l'origine du processus méningé. En pratique générale, avant d'affirmer l'étiologie infectieuse métastatique de cette complication rare, il faut procéder à un examen complet du rhino-pharynx, des sinus et des oreilles.

G. Dreyfus-Sée.

E. Hasche et **T. Triantaphyllides.** ***L'action spécifique des ondes courtes*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 82, n° 51, 20 Décembre 1935, p. 2037-2040). — L'influence directe des ondes courtes sur la vitesse de sédimentation des globules n'est pas démontrable. Par contre, il se produit en apparence des modifications de ce processus, du fait des variations circulatoires consécutives aux radiations, analogues aux modifications de toutes les humeurs placées dans le champ des ondes courtes.

Ces processus circulatoires, faciles à mettre en évidence, peuvent être utilisés au cours des recherches microbiologiques électriques, employant des condensateurs d'électrodes.

Dans le champ de condensation, on constate ainsi que la zone moyenne, considérée jusqu'à présent comme homogène, est en réalité non homogène de façon très notable.

Il est même possible de mesurer cette non-homogénéité du champ des ondes courtes en y introduisant une suspension liquide bien déterminée et maintenue à température constante durant toute l'irradiation, et en mesurant le ralentissement de sa vitesse de sédimentation durant cette exposition.

Les variations physiologiques secondaires à l'inhomogénéité du champ des ondes courtes peuvent être très notables; elles se manifestent parfois sans élévation thermique et même dans un sens opposé à l'action calorifique habituelle.

G. Dreyfus-Sée.

Weygandt. ***Signification bio-héréditaire de la polydactylie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 83, n° 3, 17 Janvier 1936, p. 107-109). — La polydactylie est fréquemment un symptôme isolé, transmis par hérédité récessive et n'entraînant pas de conséquences graves.

Mais l'étude entreprise par W. lui a montré que cette malformation pouvait être associée à des tares importantes héréditaires, de telle sorte qu'elle lui apparaît comme un signe de suspicion qui doit entraîner une étude complète du sujet et de ses antécédents héréditaires. L'importance de la science de l'hérédité, considérablement accrue en Allemagne du fait des dispositions légales concernant les affections transmissibles, met au premier plan l'étude systématique de tous ces symptômes de suspicion.

La polydactylie a été notée associée avec des psychoses héréditaires, avec du mongolisme, de la chondrodystrophie, de la sclérose tubéreuse et idiotie encéphalitique, etc.

Ces coïncidences paraissent suffisantes à W. pour que toute polydactylie fasse soupçonner et, par conséquent, rechercher, dans l'entourage familial et chez les ascendants, des stigmates de dégénérescence justifiant le diagnostic d'affection grave héréditaire qui entraîne la stérilisation légale.

G. Dreyfus-Sée.

LE SCALPEL (Bruxelles)

J. Lequine. ***Action dynamique spécifique des protéines dans le syndrome adiposo-génital*** (*Le Scalpel*, t. 89, n° 1, 4 Janvier 1936, p. 20-23). — Si, après avoir mesuré le métabolisme basal, on fait absorber un repas d'épreuve riche en albumines, il se produit, avec un maximum de deux heures après le repas, une augmentation du métabolisme. Cette hausse varie modérément d'un sujet à l'autre, elle est relativement fixe pour un même individu.

Cette épreuve, chez 4 sujets témoins entre 12 et 14 ans, a donné une élévation du métabolisme d'environ 20 points. Au contraire, chez 2 enfants, âgés de 13 et 14 ans, présentant un syndrome adiposo-génital typique, sans troubles circulatoires, ou du métabolisme de l'eau, le repas d'épreuve albumineux n'a provoqué aucune modification du métabolisme basal.

De ces expériences, L. conclut que le lobe antérieur de l'hypophyse joue un rôle capital, bien que de mécanisme inconnu dans le réglage de l'action dynamique des protéines. Son hypofonctionnement entraîne un abaissement considérable de l'action dynamique des protéines, abaissement qui ne se rencontre dans aucun autre état pathologique connu. Chez une femme de 52 ans, atteinte de myxœdème, l'action dynamique des protéines resta normale malgré l'état de la thyroïde et produisit l'augmentation du métabolisme basal habituel.

La recherche de l'action dynamique des protéines serait une épreuve facile pour le diagnostic de l'insuffisance lobaire antérieure de l'hypophyse.

Robert Clément.

ARCHIVOS DE MEDICINA CIRUGIA Y ESPECIALIDADES (Madrid)

G. Escribano et **E. Souto.** ***Les pleurésies médiastines chez les tuberculeux en évolution*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y especialidades*, t. 38, n° 19, 15 Octobre 1935, p. 658-664). — E. et S. ont décelé 81 pleurésies médiastines sur 4.828 malades de dispensaires, soit une proportion de *1,67 pour 100*. Un quart des sujets porteurs avaient de 2 à 6 ans, un quart de 25 à 50 ans.

C'est l'examen *radiologique* qui pose le diagnostic. Ce dernier apparaît difficile: il faut éliminer les condensations des lobules adjacents, les abcès et infarctus pulmonaires, les masses ganglionnaires.

La localisation supérieure droite est la plus fréquente.

G. d'Heucqueville.

J. Botella Llusia, E. de Amilibia et **M. M. Mendizabal.** ***Hormones ovariennes et cétonémie*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y especialidades*, t. 38, n° 22, 30 Novembre 1935, p. 769-778). — L'ovariotomie suspend, chez la femme, la formation des corps cétoniques. L., A. et M. injectent de la *lutéine* et de la *folliculine* à des cobayes femelles et à des rates, puis mesurent la *cétonémie* par la méthode de Engfeld-Pincussen. Dans les heures qui suivent l'injection de *folliculine*, la cétonémie *s'élève* de près du double. Après l'injection de *lutéine*, elle *diminue* de près de moitié.

Corrélativement, la folliculine diminue la production de *glycogène* du foie, la lutéine l'accélère.

G. d'Heucqueville.

J. L. Jimenez Huerta. ***La tuberculose dans l'émigration*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y especialidades*, t. 38, n° 22, 30 Novembre 1935, p. 778-784). — La tuberculose constitue une donnée importante du problème de l'émigration. Les tuberculeux sont nombreux parmi les émigrants. La moitié de la mortalité de ces derniers relève de la tuberculose.

Ces sujets transportent la maladie. Ils allument de nouveaux foyers, et rallument ceux d'où ils étaient partis, quand ils y reviennent malades.

J. H. rapporte les statistiques des émigrants tuberculeux, selon l'âge, le sexe et la profession, au départ et au retour. Les proportions relevées, qui atteignent 70 pour 100 des sujets, réclament l'organisation d'une prophylaxie sévère.

G. d'Heucqueville.

S. Almansa de Cara. ***Les pseudo-tuberculoses mélitococciques et les fièvres ondulantes tuberculeuses*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y especialidades*, t. 38, n° 23, 15 Décembre 1935, p. 793-798). — La fièvre de Malte, par sa courbe de fièvre, ses sueurs, son anémie, peut en imposer pour la tuberculose.

A C. rapporte 6 observations de *mélitococcie pseudo-tuberculeuse* de formes septicémique, broncho-pulmonaire, pleurétique et cachectisante.

Réciproquement, la *fièvre ondulante* constitue parfois un *syndrome tuberculeux*. On l'observe dans la granulie, les pleurites à répétition de Piery, les cavernes à drainage intermittent, les poussées menstruelles, enfin les fièvres périodiques correspondant aux cycles d'évolution du bacille de Koch dans ses formes d'ultra-virus.

G. d'Heucqueville.

F. Fernandez et **D. Castilla.** ***Le parasitisme intestinal chez l'enfant sain*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y especialidades*, t. 38, n° 23, 15 Décembre 1935, p. 813-816). — Statistique portant sur 48 enfants des écoles publiques, reconnus sains à l'examen, n'accusant aucun antécédent digestif.

Les fèces ne renferment aucun parasite chez 22 enfants (46 pour 100). On trouve l'*ascaris* chez 7 enfants (15 pour 100), le *trichocéphale* chez 4 (8 pour 100), ces deux vers associés chez 2 (4 pour 100). Les œufs d'oxyures sont absents des fèces. Autres parasites rencontrés : l'*hymenolepis nana*, les *amibes* et les *flagellés*.

Chez les enfants atteints de *diarrhée*, la proportion des *protozoaires* (amibes et flagellés) s'élève, et ces parasites deviennent les plus fréquents.

L'hymenolepis nana ne manifeste sa présence par aucun des troubles nerveux décrits, convulsions en particulier.

G. d'Heucqueville.

L. Girones et **M. Vilarino.** ***Recherches sur la constitution cytologique de la vésicule cantharidinique chez les tuberculeux pulmonaires*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y especialidades*, t. 38, n° 24, 30 Décembre 1935, p. 829-837). — La constitution cytologique d'un exsudat inflammatoire

dépend, non seulement de l'*agent* phlogogène, mais encore de la *capacité réactionnelle* de l'organisme: elle est différente chez le sujet sain et chez le sujet malade.

G. et V. appliquent un emplâtre vésicatoire pendant vingt-quatre heures sur l'épiderme. Ils cautérisent ainsi des papules obtenues par intra-dermo-réaction à la *tuberculine* ou à un vaccin staphylococcique.

11 observations.

Le chiffre des *éosinophiles* est en rapport avec les tendances défensives de l'organisme.

Les vésicules obtenues sur les réactions tuberculiniques montrent une *formule déviée*. La déviation existe même en l'absence de réaction générale clinique à la tuberculine. Après une ou plusieurs injections de tuberculine, la déviation s'affaiblit ou, même, s'inverse.

G. d'Heucqueville.

A. Fernandez Cruz. ***Le métabolisme de l'acide lactique dans la dystrophie musculaire progressive*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y especialidades*, t. **38**, n° 24, 30 Décembre 1935, p. 843-846). — On a montré qu'il existait, dans le muscle, un complexe phosphoré et hydrocarboné, appelé *lactacidogène*. Il se divise, dans le travail musculaire, en *dérivés phosphorés* et en *acide lactique*. Ce dernier se détruit ou reconstitue le lactacidogène.

Chez les *myasthéniques*, la combustion à l'acide lactique est *ralentie* et la lactacidémie *s'élève*.

F. C. mesure la lactacidémie de 3 myopathiques, au repos et après un effort. La lactacidémie de base est élevée. Après l'exercice, son augmentation est exagérée, et cette augmentation persiste anormalement.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

E. Allen et **G. Brown.** ***La pression et la succion alternées dans le traitement des artérites oblitérantes*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 25, 21 Décembre 1935, p. 2029-2034). — Depuis quelques années, une nouvelle méthode de traitement des artérites oblitérantes a vu le jour en Amérique : il s'agit d'une sorte de gymnastique passive des capillaires, obtenue en mettant le membre atteint dans une sorte de cloche pneumatique, à l'intérieur de laquelle on fait varier rapidement la pression, qui passe de + 20 mm (de mercure) à — 80 4 fois par minute environ. D'après les promoteurs de cette thérapeutique, on obtiendrait ainsi une augmentation de la température locale (5 à 6° et une réduction très nette des douleurs, chez les sujets atteints d'artérite oblitérante.

Etant donné la vogue de cette thérapeutique, la Clinique Mayo l'a essayée chez 60 malades. Les résultats de cet essai sont exposés dans cet article: il semble que la méthode détermine une amélioration nette des symptômes, et notamment de la douleur, mais que cette amélioration ne soit pas plus marquée qu'avec les autres thérapeutiques, et que notamment le simple repos au lit donne souvent des résultats équivalents. Cependant il semble que cette méthode donne une réduction des douleurs de névrite ischémique plus marquée que celle obtenue avec d'autres traitements, et à ce titre elle mérite d'être essayée dans une maladie où les thérapeutiques actives sont rares.

R. Rivoire.

M. Prinzmétal et **W. Bloomberg.** ***L'emploi de la benzédrine dans le traitement de la narcolepsie*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 25, 21 Décembre 1935, p. 2051-2054). — La benzédrine, ou β-phénylisopropylamine, est un dérivé de l'éphédrine, dont les propriétés pharmacologiques diffèrent sensiblement de celles de ce dernier composé, en ce qu'elle a une action stimulante plus intense sur les centres nerveux supérieurs, stimulation mise en évidence par son action sur les animaux anesthésiés par un barbiturique, qu'elle réveille, et par l'insomnie qu'elle provoque chez l'homme normal. P. et B., par suite de cette propriété, ont tenté de l'utiliser, à la place de l'éphédrine, dans le traitement de la narcolepsie : d'autant plus qu'il s'agit d'un produit peu toxique, peu coûteux, et dépourvu d'action sympathico-mimétique. Les premiers essais, entrepris chez 9 malades, dont plusieurs n'avaient pas été améliorés par l'éphédrine, ont été très encourageants : dans la totalité des cas, les crises d'hypersomnie ont disparu, et la catalepsie s'est atténuée dans des proportions considérables. Les doses utilisées furent de 30 milligr. par jour en moyenne, par voie buccale.

R. Rivoire.

W. Simpson. ***Le traitement de la syphilis par la fièvre artificielle*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **105**, n° 26, 28 Décembre 1935, p. 2132-2140). — La thérapeutique de la syphilis par la fièvre artificielle a débuté le jour où Wagner-Jauregg découvrit la malariathérapie de la paralysie générale. Ultérieurement, d'autres méthodes de fièvre artificielle ont été mises au point, et en Amérique l'usage s'est répandu d'un appareillage relativement simple, le Kettering-hypertherm, qui augmente la température du corps par chauffage direct. D'autre part, de la paralysie générale, la pyrétothérapie a été étendue au traitement des autres variétés de neuro-syphilis, puis à d'autres localisations viscérales de la maladie. Enfin, plus récemment, elle a été essayée dans le traitement des syphilis récentes. Dans cet article, les auteurs donnent des résultats véritablement surprenants par la rapidité de la cicatrisation du chancre et la négativation du Wassermann obtenus en combinant chimiothérapie et pyrétothérapie. De même, de très beaux résultats ont été obtenus chez des sujets à Wassermann irréductible.

R. Rivoire.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

D. M. Lyon et **Dunlop.** ***Le traitement des infections urinaires par l'acide mandélique*** (*The British medical journal*, n° 3909, 7 Décembre 1935, p. 1096-1097). — Le traitement des infections urinaires graves par les antiseptiques, en dépit de leur nombre, s'est montré peu efficace. Il semble cependant que l'acide mandélique ait une action antiseptique réellement remarquable, comme l'avait annoncé Rosenheim.

Le principe de ce traitement est fondé sur les résultats obtenus dans les infections urinaires par le régime cétogène. Fuller a montré que cette action heureuse provenait de l'acide β-oxybutyrique. Mais cet acide introduit par la bouche est complètement oxydé avant de parvenir aux reins. L'acide mandélique a cet avantage de ne pas s'oxyder, d'être non toxique et d'avoir un pouvoir bactéricide considérable.

Il se donne sous la forme d'un sel neutre sodique à la dose de 12 gr. par jour. En même temps on donne du chlorhydrate d'ammoniaque pour acidifier davantage les urines et obtenir le pH 5,5. En général, on donne 3 gr. de ce sel en 6 cachets par jour. On réduit également la quantité de liquide pour assurer la concentration de l'acide mandélique dans les urines.

Ce traitement diminue la fréquence des mictions et les douleurs, avant même que les urines deviennent stériles. Cette stérilisation est obtenue après un temps variable. Du 10e au 20e jour pour Rosenheim, d'une façon plus rapide pour L et D.

André Plichet.

J. Mindline. ***Collapsus massif du poumon compliquant une hémoptysie*** (*The British medical journal*, n° 3911, 21 Décembre 1935, p. 1201-1205). — A propos d'un cas observé par lui chez un garçon de 18 ans et de 41 cas similaires relevés dans la littérature, M. fait une rapide revue générale de la question.

Les symptômes du collapsus massif sont souvent masqués par ceux de l'hémoptysie. Ils sont discrets: un peu de dyspnée, une légère cyanose. Le malade se plaint d'une douleur thoracique du côté du collapsus qui siège en général au même poumon que les lésions qui ont provoqué l'hémoptysie. La fièvre est peu élevée, le pouls peu rapide. Il y a une immobilité thoracique du côté atteint. Le murmure vésiculaire est diminué ou absent. Les râles qui peuvent avoir existé disparaissent complètement. Le cœur et la trachée sont attirés du côté malade. Le diaphragme est surélevé. Parfois il existe un emphysème compensateur au poumon opposé.

La radiologie confirme le diagnostic. Outre les déformations thoraciques, médiastinales et diaphragmatiques, il existe une ombre dense, homogène. L'opacité du poumon collabé par atélectasie est plus grande que celle du poumon collabé par pneumothorax.

Avec l'élimination du caillot causant l'obstruction bronchique, le collapsus disparaît, les signes cliniques et radiologiques disparaissent à leur tour. La réexpansion du poumon est, en général, complète.

Quant au pronostic de la tuberculose il est variable; bien souvent, on voit une explosion des lésions après le collapsus massif.

Le traitement consiste à abolir la toux réflexe par la morphine. L'indication du pneumothorax est ensuite à discuter suivant l'importance des lésions tuberculeuses. Le collapsus massif au cours de la tuberculose est rare. Quant à la cause, certains l'ont attribuée à l'oblitération mécanique d'une large bronche par un caillot sanguin. Cette hypothèse s'appuie sur le fait que l'expulsion du caillot permet aussitôt la réexpansion du poumon.

Pour Benedetti, le collapsus serait dû à la contraction active du tissu pulmonaire résultant d'un réflexe nerveux agissant sur les muscles lisses, spécialement sur ceux qui se trouvent autour des bronchioles. Ce réflexe serait dû, ici, à la présence de sang frais dans les bronches. Même pour cet auteur le caillot serait secondaire au spasme bronchique, car étant donné la fréquence des hémoptysies, on devrait observer un plus grand nombre de collapsus massifs, s'il suffisait de l'obturation d'une bronche par le sang. A l'appui de cette thèse, Jacobens dit que l'injection de lipiodol chez des individus dont les poumons et les bronches sont malades ne produit pas de collapsus, alors qu'elle le produit chez des sujets sains. Le collapsus serait donc provoqué par un spasme de bronches saines.

André Plichet.

Sir James Purvis Stewart. ***Observations sur les indigènes des îles Fidji qui marchent sur le feu*** (*British medical journal*, n° 3912, 28 Décembre 1935, p. 1267-1269). — Au cours d'un voyage en Australie, un certain nombre de membres de la *British medical Association* se sont arrêtés aux îles Fidji où ils ont pu assister à différentes cérémonies indigènes dont l'épreuve du feu.

Ces médecins furent invités à examiner les indigènes avant et après l'épreuve.

Des pierres apportées spécialement de l'île Mbengha avaient été disposées en un cercle d'un

diamètre de 5 m. et sur lesquelles un feu de bois brûla pendant neuf à dix heures. Ces pierres, sous l'action du feu, deviennent d'une couleur gris-blanc; elles sont arrondies comme usées par l'eau; leur surface est granuleuse. La chaleur des pierres était telle qu'un morceau de papier posé dessus prenait immédiatement feu.

Invités à examiner les hommes participant à l'épreuve, on ne trouva rien au niveau de la surface plantaire: ni épaisseur cornée spéciale, ni teinture analgésique, ni enduit opiacé, ni abolition de la sensibilité, ni lésion organique impliquant une atteinte des racines nerveuses de L_5 à S_1.

Après quelques prières rituelles, les indigènes traversèrent l'un derrière l'autre le cercle de pierre d'un pas lent et ensuite marchèrent sur les feuilles et les herbes jetées sur ces pierres et en pleine ignition.

Après cette épreuve, les hommes paraissaient excités: mains tremblantes; pouls à 90 chez un seul, pas de troubles pupillaires. Les plantes des pieds étaient recouvertes d'une mince couche de cendres qui une fois enlevée ne laissa voir aucune phlyctène, aucune escarre, aucun érythème. Par contre les plantes étaient sensibles à la piqûre d'une épingle.

Différentes explications ont été données de cette tolérance au feu; pour certains: entraînement progressif à la chaleur et à la douleur pour la seule plante des pieds car les indigènes se gardaient bien de toucher les pierres avec leurs mains ou de s'asseoir dessus; pour d'autres: extase religieuse qui diminue les réactions douloureuses comme pour certains fakirs hindous et chez les indigènes de Tunisie. L'absence de phlyctène, d'escarre est plus difficile à expliquer.

Il est regrettable qu'aucun membre de cette mission n'ait pensé à faire analyser les pierres ou les poussières dont était recouverte la plante des pieds des indigènes prenant part à l'épreuve.

André Plichet.

Victor Neale. ***L'intoxication par l'aspirine*** (*The British medical journal*, n° 3915, 18 Janvier 1936, p. 109-110). —A propos d'un cas qu'il observa où une femme atteinte de dépression mélancolique absorba 30 gr. d'aspirine délayée dans du lait, N. analyse les symptômes de l'intoxication par l'aspirine. A cette observation, il y joint 5 autres dont 4 mortelles qu'il put retrouver dans la littérature.

En dehors des vomissements qui sont précoces en raison de la quantité du produit ingéré, les symptômes apparaissent quelques heures après l'absorption de l'aspirine. L'abaissement de la température et les sueurs sont les premiers symptômes en date. Puis apparaissent des signes d'acidose dus à la perspiration considérable et aux troubles de la respiration. Enfin la mort peut survenir dans les 12 heures. Les urines et le liquide céphalo-rachidien contiennent des quantités considérables d'acide acétylsalicylique. La dose dangereuse est entre 25 et 30 gr. encore que les moyens thérapeutiques récents paraissent être efficaces même à cette dose.

L'action toxique étant favorisée par la déshydratation, il importe d'y remédier soit par goutte à goutte rectal ou injection intraveineuse continue de sérum glucosé. La ponction lombaire semble également indiquée en raison de la soustraction importante du produit qu'elle opère.

André Plichet.

N. Mutch. ***Le silicate de magnésium*** (*The British medical journal*, n° 3916, 25 Janvier 1936, p. 143-148). — Le silicate de magnésium est depuis longtemps utilisé en médecine et le talc qui est un silicate de magnésium hydraté est journellement employé.

M. s'est livré à une étude des rôles antiacide et adsorbant des différents silicates de magnésium en excluant les silicates contenant, en association, d'autres bases comme le calcium, par exemple.

Certains silicates hydratés de magnésium possèdent un pouvoir antiacide considérable. Il est à remarquer que ces silicates doués d'une telle puissance sont des silicates synthétiques et que le talc a un pouvoir antiacide presque nul. La neutralisation, d'une façon générale, se fait rapidement au début de la réaction, mais plusieurs heures sont nécessaires pour que cette réaction soit complète. La neutralisation se fait plus rapidement pour les acidités hautes que pour les basses.

Le trisilicate de magnésium hydraté synthétique a un pouvoir adsorbant considérable. Le point de saturation pour le bleu de méthylène est 17 fois plus grand que celui du kaolin colloïdal à la température du laboratoire et encore plus grand à la température du corps. Ce produit adsorbe une grande variété de substances: les teintures basiques ou acides, les alcaloïdes, les toxines bactériennes, les acides aminés.

L'adsorption est sélective et une affinité est à signaler pour les teintures basiques, cristalloïdes ou colloïdes. Ce trisilicate de magnésium n'adsorbe pas le poison de l'Amanilite Phalloïde, mais adsorbe facilement la muscarine et la mytilotoxine en solution aqueuse.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

E. Meulengracht. ***Le traitement des hématémèses par l'alimentation*** (*The Lancet*, n° 5857, 30 Novembre 1935, p. 1220-1222). — Depuis 1931, M., au lieu de mettre les malades atteints d'hématémèse et de mélæna à une diète sévère, les autorise à prendre quelque nourriture.

Ce traitement est basé sur le fait qu'en dépit des diètes les plus sévères les hématémèses peuvent persister, qu'il vaut mieux avoir un estomac rempli d'aliments que de suc gastrique et que le manque de vitamines est un moyen idéal d'amener la perforation des ulcères.

En 1934, M. avait déjà traité 119 cas par cette méthode, il apporte cette fois 251 cas nouveaux où il n'eut que 3 morts après hémorragies, ce qui donne un pourcentage minime, inférieur aux statistiques des ulcères traités par d'autres méthodes.

Le traitement est institué de la façon suivante: dès son entrée à l'hôpital, le malade peut manger à 6 heures du thé avec pain et beurre, à 9 heures une farine avec du lait, du pain blanc et du beurre, à 13 heures un déjeuner où pourra figurer soit une côtelette, soit des œufs, soit du poisson, à 15 heures du cacao, à 18 heures du pain blanc et du beurre avec une tasse de thé. Trois fois par jour on donne une cuillère à café mêlée aux aliments de la poudre suivante: bicarbonate de soude et carbonate de magnésie àà 15 gr., extrait d'hyosciamine 0,13 gr. et 0,50 de lactate de fer.

André Plichet.

C. C. Twort et **J. M. Twort.** ***La production du cancer par les huiles minérales provenant du « cracking »*** (*The Lancet*, n° 5857, 30 Novembre 1935, p. 1226-1228). — Il est intéressant, maintenant que l'on emploie de plus en plus le moteur Diesel qui fait usage d'huiles lourdes, de savoir dans quelles proportions ces huiles sont cancérigènes.

S'il a été définitivement établi depuis plusieurs années que la plupart des produits provenant des goudrons est cancérigène pour la peau de l'animal, il ne s'ensuit pas forcément que ces produits peuvent amener le développement du cancer des organes internes de l'homme. Il y a une différence profonde entre la peau et les muqueuses.

D'après les expériences de T. et T., sur les souris, il semble bien que les huiles lourdes, si elles amènent des irritations cutanées, donnent peu de tumeurs des poumons et du tube digestif. Il est probable que les éléments constitutifs de ces huiles sont de nature différente de celles qui provoquent les cancers de la peau. Il s'agit probablement de différence de poids moléculaire et de viscosité.

André Plichet.

S. P. Bedson. ***Réaction de fixation du complément dans le diagnostic de la psittacose humaine*** (*The Lancet*, n° 5858, 7 Décembre 1935, p. 1277-1280). — Dans les recherches de laboratoire concernant la psittacose humaine, la découverte dans le sang ou dans les crachats d'un virus inoculable à la souris constitue la preuve de cette affection, malheureusement cette preuve est souvent difficile à mettre en évidence.

La réaction de fixation apporte une aide importante dans le diagnostic de la psittacose; B. se sert d'un antigène constitué par une suspension à 5 pour 100 de rate virulente de souris. La réaction est positive dès le 12e jour de la maladie et persiste encore à la 15e semaine.

Dans la plupart des cas, il y a eu concordance entre les recherches bactériologiques du virus et la réaction de fixation.

André Plichet.

H. Engelkes. ***Traitement des hémorragies par la vitamine C*** (*The Lancet*, n° 5858, 7 Décembre 1935, p. 1285-1286). — La vitamine C est le remède spécifique du scorbut, mais encore elle est indiquée dans ces cas que l'on connaît bien maintenant où il y a une destruction de la vitamine C, soit par des bactéries intestinales, soit par une infection généralisée ou peut-être à cause d'une excrétion trop rapide par les urines.

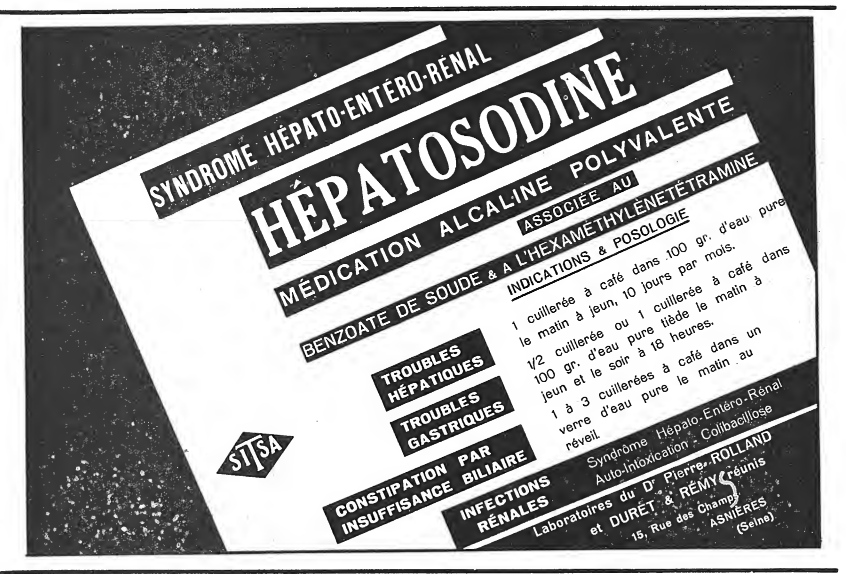
Step et ses collaborateurs ont montré que l'acide ascorbique était indiqué encore dans certaines hémorragies qui seraient dues à une diminution des protéines du plasma. Böger et Schröder étendirent ce traitement à d'autres hémorragies: hémophilie, métrorragie, hémorragies gastrique et rénale.

E. rapporte 3 observations, la première de thrombopénie essentielle, la seconde de purpura infectieux, la troisième d'hématurie essentielle dans lesquelles le traitement par l'acide ascorbique amena la guérison. L'acide ascorbique était introduit par injection intraveineuse à la dose de 200 milligr. par jour pendant 5 ou 6 jours. A signaler que, dans la première observation, les plaquettes passèrent de 3.000 à 360.000 et que le temps de saignement, qui était de 10 minutes, passa à 3 minutes après quelques jours de traitement et au bout de 7 jours s'établit à 1 minute 1/2.

André Plichet.

A. W. Spence et **E. F. Scowen.** ***L'usage d'hormones gonadotropiques dans le traitement de l'ectopie testiculaire*** (*The Lancet*, n° 5859, 14 Décembre 1935, p. 1335-1338). — 33 malades âgés de 4 à 26 ans, atteints d'ectopie testiculaire, ont été traités avec des hormones gonadotropiques provenant d'urines de femmes enceintes, à la dose de 500 unités-rats intramusculaires, 2 fois par semaine. Les 2 testicules descendirent dans le scrotum dans 6 des cas bilatéraux. Dans 4 cas, un seul testicule descendit; dans 2 cas, le résultat fut nul. Dans 11 cas sur 19 où l'ectopie était unilatérale le succès fut obtenu et même dans 2 cas où le testicule était fixé très haut dans le canal inguinal on en obtint la descente. Au total, S. et S. eurent 70 pour 100 de succès.

La durée du traitement est variable: de 2 semaines à 14 mois. Cependant, quand le traitement ne semble pas avoir d'action au bout de 6 à 9 mois, il est bon de l'interrompre et de le reprendre au


SYNDROME HÉPATO-ENTÉRO-RÉNAL
HÉPATOSODINE
MÉDICATION ALCALINE POLYVALENTE
ASSOCIÉE AU
BENZOATE DE SOUDE & A L'HEXAMÉTHYLÈNETÉTRAMINE
INDICATIONS & POSOLOGIE
TROUBLES HÉPATIQUES
1 cuillerée à café dans 100 gr. d'eau pure le matin à jeun, 10 jours par mois.
TROUBLES GASTRIQUES
1/2 cuillerée ou 1 cuillerée à café dans 100 gr. d'eau pure tiède le matin à jeun et le soir à 18 heures.
CONSTIPATION PAR INSUFFISANCE BILIAIRE
1 à 3 cuillerées à café dans un verre d'eau pure le matin au réveil.
INFECTIONS RÉNALES
Syndrôme Hépato-Entéro-Rénal
Auto-Intoxication - Colibacillose
STISA
Laboratoires du Dr Pierre ROLLAND et DURET & RÉMY réunis
15, Rue des Champs ASNIÈRES (Seine)

bout de 3 mois avec l'espoir de voir la sensibilité aux hormones gonadotropiques reapparaître.

Les échecs sont probablement dus à des adhérences ou à l'étroitesse de l'anneau inguinal.

Le mode d'action des hormones gonadotropiques est encore inconnu.

André Plichet.

A. Euus Hansen et **C. Holten.** ***Hypersensibilité au pyramidon et agranulocytose*** (*The Lancet*, n° 5859, 14 Décembre 1935, p. 1342-1344). — H. et H. rapportent l'observation d'une femme de 25 ans qui, atteinte de rhumatisme, prit dans l'espace de 14 mois 380 gr. de pyramidon. A trois reprises, au cours de ce traitement, elle eut des symptômes d'amygdalite, de la fièvre. Revenue à l'hôpital, on la mit pendant quelques jours au salicylate de soude pour calmer ses douleurs, puis on lui donna 0,20 de pyramidon, en ayant soin de faire des numérations leucocytaires de demi-heure en demi-heure. On assista alors à une chute des granulocytes de 40 pour 100 en 12 heures.

Etant donné le grand nombre de personnes qui prennent du pyramidon et la rareté de l'agranulocytose, il faut se demander s'il n'existe pas dans ces cas une hypersensibilité au pyramidon et rechercher si des troubles endocriniens ne sont pas à la base de cette hypersensibilité. H. et H., chez des malades atteints de troubles endocriniens, chez des malades atteints d'achylie, ont fait des numérations globulaires après ingestion de pyramidon à des doses variables, sans obtenir du reste aucune chute des granulocytes.

André Plichet.

W. Ingram Card. ***Un cas de sensibilité asthmatique au chrome*** (*The Lancet*, n° 5859, 14 Décembre 1935, p. 1348-1349). — Les effets toxiques des composés chromés ont été reproduits par Gmelin en 1824. Les manifestations respiratoires, dus aux effets toxiques de ce corps, sont rares; cependant, certains auteurs ont signalé des cas d'asthme. C. rapporte le cas d'une polisseuse d'objets chromés ou nickelés qui, sans avoir présenté auparavant des phénomènes allergiques, souffrit de crises d'asthme après cinq mois de présence dans cette usine. Cet asthme guérit rapidement après une semaine d'hôpital. Mais les symptômes réapparurent dès la reprise du travail.

A l'hôpital, une crise d'asthme fut provoquée par une injection intradermique de 4 milligr. de bichromate de potasse. En même temps, on fit une injection de contrôle avec de l'acriflavine, présentant la même couleur, pour éliminer la possibilité d'une action psychique. Seule l'injection de bichromate donna une crise d'asthme avec une éruption cutanée. On fit également quelques jours plus tard une injection intradermique de chromate de potasse qui est moins actif que les bichromates. La malade eut une crise violente qu'il fallut arrêter avec de l'adrénaline.

D'autre part, l'ingestion de bichromate ne détermina aucun phénomène de cet ordre.

Depuis que cette malade a obtenu un autre emploi, elle n'a pas eu d'autres crises d'asthme.

André Plichet.

M. A. Abbasy, L. J. Harris, S. N. Ray et **J. R. Marrack.** ***Le diagnostic de la carence en vitamine C par l'analyse d'urines*** (*The Lancet*, n° 5860, 21 Décembre 1936, p. 1399-1404). — Lorsqu'on donne à des adultes des doses de vitamine C pendant de longues périodes, on trouve qu'il existe, dans l'excrétion urinaire, des quantités de vitamine C en rapport avec les doses prises. On essaya alors l'effet d'une dose témoin venant se surajouter aux niveaux de vitamine C établis avant la prise de cette dose et on vit ainsi qu'il y avait peu de différence entre les sujets en expérience, la même dose témoin donnant exactement la même quantité de vitamine dans les urines.

Cependant, en cas de fièvre, la vitamine C en réserve semble être utilisée et une dose additionnelle est nécessaire pour rendre au malade son niveau habituel en vitamine C, d'où l'indication de donner aux convalescents de la vitamine C.

La quantité minima d'acide ascorbique nécessaire pour empêcher les premiers symptômes d'avitaminose chez un adulte est de 25 milligr. par jour.

En Angleterre, l'excrétion journalière normale des sujets recevant des petites doses de fruits ou d'autres sources de vitamine C est de 20 milligr. par jour.

Quoique les besoins des enfants en vitamine C semblent être relativement plus grands que ceux des adultes, les mêmes chiffres d'excrétion apparaissent approximativement dans les urines calculés naturellement par rapport à leur poids.

Ainsi les enfants de 1 an, recevant la dose recommandée de jus d'orange, n'excrètent pas moins de 1 à 2 milligr. par jour.

A en juger par l'examen des urines, les prises insuffisantes de vitamine C ne sont pas rares.

André Plichet.

H. Himsworth. ***Le diabète sucré. Ses deux types différents : le type sensible à l'insuline et le type non sensible*** (*The Lancet*, n° 5864, 18 Janvier 1936, p. 127-130). — L'action de l'insuline est commandée par un facteur ou une condition inconnue qui rend l'organisme sensible à l'insuline injectée et à l'insuline provenant directement du pancréas. Quand ce facteur est déficient, l'action de l'insuline est limitée. Il y a donc deux types différents de diabète sucré: l'un sensible à l'insuline apparaît être causé par un manque d'insuline. L'autre, résistant à l'insuline, semble être produit par le manque de ce facteur inconnu qui sensibilise l'organisme à l'insuline.

Ces deux types peuvent être déterminés par un test dont H. donne la description. Cette différenciation a son importance pour le régime.

Il semble que les diabètes sensibles à l'insuline peuvent supporter une augmentation des hydrates de carbone dans leur régime, sans augmentation d'insuline, alors que pour les diabètes insensibles à l'insuline la plus petite augmentation d'hydrates de carbone augmente la glycosurie.

André Plichet.

W. Russell Brain. ***L'exophtalmie consécutive à l'administration d'extrait thyroïdien*** (*The Lancet*, n° 5865, 25 Janvier 1936, p. 182-187). — Il n'y a, jusqu'à présent, aucune explication valable de l'exophtalmie dans la thyroxycose. A propos d'un cas où l'exophtalmie fut consécutive à l'administration d'extrait thyroïdien, B. examine les différents travaux qui ont été faits sur cette question et arrive aux conclusions suivantes: l'administration d'extrait thyroïdien ou de thyroxine, à l'animal ou à l'homme, n'amène pas fatalement l'exophtalmie. L'exophtalmie peut être produite expérimentalement par l'administration à l'animal de substances qui stimulent le système nerveux sympathique. La thyroxine paraît faciliter l'action de ces substances dans la production de l'exophtalmie.

L'exophtalmie peut être produite par l'hormone thyrotropique de l'hypophyse, soit chez les animaux intacts, soit chez les animaux auxquels la thyroïde a été enlevée. Il semble bien que cette hormone thyrotropique produise l'exophtalmie plus facilement dans les cas d'hypothyroïdisme.

Une exophtalmie progressive peut se développer chez l'homme spontanément à la suite d'une thyroïdectomie subtotale, même si le métabolisme basal est subnormal. Chez de tels sujets, l'exophtalmie peut se développer rapidement sous l'effet de l'administration d'extrait thyroïdien. Il est très rare que l'administration d'extrait thyroïdien, en vue d'un traitement, soit du myxœdème, soit d'une obésité, détermine une exophtalmie. Il est probable que lorsque l'exophtalmie survient à la suite d'administration d'extrait thyroïdien, celle-ci n'est pas le résultat direct de l'extrait thyroïdien, mais le résultat de l'action d'une autre substance qui est produite dans l'organisme en réponse à l'extrait thyroïdien. L'expérimentation montre que cette substance est très probablement l'hormone thyrotropique de l'hypophyse.

André Plichet.

ORVOSI HETILAP

(Budapest)

Kalapos. ***L'effet du benzol dans la leucémie*** (*Orvosi Hetilap*, t. 79, n° 41, 12 Octobre 1935, p. 1092-1096). — C'est Koranyi et son élève Kiralyfi qui ont conseillé, les premiers, l'application du benzol dans le traitement de la leucémie chronique, en 1912. Ils ont obtenu un effet vraiment favorable avec la dose encore non toxique du benzol. Quelques auteurs, après ces recherches, ont communiqué des observations favorables et défavorables.

K., qui examine dans son travail la méthode de traitement de Koranyi, constate, dès le début, que la cause de l'échec dans cette intervention doit être attribuée à un examen insuffisant du malade et à un mauvais dosage.

K., dans son article, résume plus de 200 observations de malades traités par le benzol avec de bons résultats. Il conclut que, pour obtenir un résultat favorable, il faut savoir que:

1° La dose du benzol est de 3 à 5 gr. par jour jusqu'à ce que le nombre des globules blancs atteigne le taux de 20.000, et il faut alors supprimer totalement le médicament. Pour bien suivre l'action de cette substance, il est indispensable de faire l'examen quotidien du sang surtout dans les dernières périodes de cette intervention.

2° L'effet du benzol est que, souvent, après une période d'augmentation passagère, seulement dans les 10 ou 12 jours qui suivent, le nombre des leucocytes baisse comme au cours de la radiothérapie. C'est une erreur de faire cesser la benzolthérapie pendant la période d'augmentation des globules blancs.

3° Dans les cas moins graves, il faut essayer d'abord l'arsénothérapie et seulement s'il s'agit d'un cas réfractaire, il faut commencer par le rayon X et le benzol.

Les observations de K. nous démontrent que l'effet du benzol dans les leucémies myéloïdes et lymphoïdes est de même valeur que la radiothérapie. Celle-ci donne de bons résultats si le dosage est bien établi.

K. n'a jamais observé d'effet toxique du benzol sur le foie et sur les reins.

L'emploi simultané de l'irradiation radiologique et du benzol peut accélérer l'amélioration de l'état du malade, et raccourcir l'action du médicament.

Dans l'emploi des petites doses de benzol, il s'ensuit dans les anémies secondaires une régénération très marquée, même si d'autres interventions n'ont donné aucun résultat.

A. Blazso.

Gaal. ***Le rôle de l'irradiation de la région surrénale par rayons X dans le traitement de l'hypertension*** (*Orvosi Hetilap*, t. 79, n° 42, 19 Octobre 1935, p. 1119-1121). — Depuis qu'est connu l'effet de l'hormone surrénale sur la pression systolique, on a essayé les méthodes les plus diverses pour l'influencer. Parmi ces méthodes, l'une des plus remarquables est indiscutablement l'irradia-

tion radiologique des glandes surrénales. Ce traitement, dû aux auteurs français Cottenot, Mulon et Zimmern, n'a pas toujours été suivi de succès. G estime insuffisante la dose d'irradiation appliquée dans la plupart des essais infructueux.

G. qui, depuis 2 ans, s'occupe de l'irradiation des glandes surrénales, veut rendre compte dans ce travail du résultat obtenu chez les sujets normaux et chez les hypertendus.

Il a pu observer, dans l'hypertension essentielle, et en premier lieu dans les cas qui sont liés aux troubles des glandes sexuelles, un effet quelquefois passager d'abaissement de la tension. Chez les hypertendus ainsi traités la diminution de la pression artérielle et l'abolition des phénomènes fonctionnels se suivent parallèlement, mais il se trouve des exceptions.

Dans 2 cas réfractaires à l'irradiation des glandes surrénales, les troubles ont disparu après irradiation de la région hypophysaire.

Cette intervention ne présente aucun risque. Bien qu'on observe assez souvent des sujets réfractaires aux irradiations, cette thérapeutique est indiquée dans des cas choisis.

A. Blazso.

E. Lederer. ***Le traitement radiologique de l'hydrocéphalie*** (*Orvosi Hetilap*, t. **79**, n° 46, 16 Novembre 1935, p. 1212-1213). — Le traitement de l'hydrocéphalie n'était jusqu'à ces dernières années que symptomatologique. Les ponctions lombaires systématiques ou au cas d'occlusion, la ponction du ventricule, le drainage n'ont été que des palliatifs momentanés et n'ont pas donné de résultats définitifs. Dans les interventions de ce genre on a toujours à craindre le danger d'infection. Devant les mauvais résultats de ces différents traitements, on a suivi avec intérêt les recherches de Wieser, qui, le premier, a préconisé le traitement radiologique de l'hydrocéphalie.

L., se basant sur les résultats obtenus par Wieser, a poursuivi des investigations sur 73 enfants malades traités par les rayons X, dont 55 étaient hydrocéphales. La méthode de l'irradiation était celle de Wieser.

L. conclut que, par cette méthode, on peut espérer un bon résultat si la cause de l'accumulation du liquide céphalo-rachidien est due à une hypersécrétion; mais si dans la pathogénie de l'hydrocéphalie agit l'oblitération des voies de communication entre le liquide ventriculaire et le liquide sous-arachnoïdien, ou s'il existe un trouble de résorption du liquide, la probabilité de guérison est moindre. Chez les anormaux psychiques, la radiothérapie n'a donné aucun résultat.

A. Blazso.

LA CHIRURGIA DEGLI ORGANI DI MOVIMENTO
(Bologne)

M. Paltrinieri et **D. Logroscino.** ***Essai clinique et expérimental sur la méthode de thermothérapie des maladies articulaires*** (*La chirurgia degli organi di movimento*, vol. **21**, fasc. 4, Novembre 1935, p. 303-343). — Très long article consacré à une étude clinique et expérimentale de la thermothérapie par air chaud. Des graphiques et des schémas d'appareils variés illustrent ce travail consciencieux.

P. et L. estiment que, dans le traitement par la chaleur d'un certain nombre d'affections particulaires, c'est le thermophore de Bier qui donne les meilleurs résultats au point de vue des effets analgésiques, décongestionnants, anti-arthritiques.

Appareil simple, efficace au point de vue thérapeutique, l'appareil de Bier est, en outre, facile à manier et dépourvu de danger.

Il faut souligner qu'à l'intérieur de l'appareil la chaleur ne se répartit pas de façon uniforme et qu'on peut enregistrer des variations thermiques assez importantes suivant les points considérés (de 79° à 130), contrairement à ce qui s'observe avec les appareils à bain de lumière et avec les appareils électriques.

La thermothérapie entraîne une augmentation de la température centrale (supérieure à ce qu'on obtient avec la diathermie) et une hyperémie des plans anatomiques profonds.

On note chez l'homme, au cours des séances d'air chaud, une accélération du rythme cardiaque (de 21 pulsations à la minute en moyenne), une vaso-dilatation avec abaissement de la pression artérielle (14 mm. de mercure en moyenne), une sudation exagérée.

Localement, il y a élévation de la température, en moyene de 1 degré et 8 dixièmes. Cette température revient à la normale en 1 heure le plus souvent.

L'heureux effet de la thermothérapie sur l'appareil ostéo-articulaire s'explique essentiellement par l'augmentation de la respiration organique et des processus de combustion cellulaire au niveau des tissus soumis à l'action de la chaleur. L'hyperémie, l'accélération de la circulation sanguine jouent un rôle thérapeutique important.

A l'Institut Rizzoli on reste fidèle à cette méthode physiothérapique qui a toujours donné d'excellents résultats.

Alain Mouchet.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Lwow)

A. Landau, L. Paszkiewicz, Z. Slawinski et **E. Steffen.** ***Syndrome d'hypertension grave occasionné par une tumeur surrénale à type de paragangliome*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **14**, n° 40, 6 Octobre 1935, p. 718-722). — L., P., S. et S. relatent l'observation d'un homme présentant des crises paroxystiques d'hypertension dues à l'existence d'une tumeur de la surrénale droite enlevée chirurgicalement. Il s'agissait d'un adénome paraganglionnaire. Les crises quotidiennes ont disparu après l'ablation de la tumeur, mais le malade est mort de complications pulmonaires post-opératoires.

Dans la symptomatologie, particulièrement riche du malade, L., P., S. et S. soulignent: 1° la paresse transitoire des réflexes pupillaires; 2° le syndrome douloureux de l'épigastre; 3° la dilatation vasculaire, les sueurs abondantes; 4° les troubles importants de la glycorégulation pendant et dans les intervalles des paroxysmes se traduisant : 1° par la variabilité du taux du sucre dans le sang à jeun ; 2° par des oscillations importantes de la courbe journalière allant de l'hyperglycémie (2,46 p. 1.000) à l'hypoglycémie manifeste (0,68 pour 1.000); 3° par la sensation subjective d'hypoglycémie.

Fribourg-Blanc.

B. Giedosz. ***Des substances contenues dans les légumes dont l'action ressemble aux hormones (Phytohormoïdes)*** [*Polska Gazeta Lekarska*, t. **14**, n° 42, 20 Octobre 1935, p. 753-756]. — G. étudie les extraits des légumes frais au point de vue des phytohormoïdes sur les lapines. Il observe chez des animaux ainsi traités des changements histologiques dans les glandes à sécrétion interne et dans l'utérus. Dans les ovaires, on constate, à côté de l'état congestif généralisé, de l'hyperhémie périfolliculaire. Les follicules de Graaf et les cellules à lutéine sont augmentés en nombre, la formation des corps jaunes est augmentée. Dans l'hypophyse, les cellules acidophiles du lobe antérieur sont plus nombreuses. Dans le corps thyroïde, les changements sont de deux sortes, variant tantôt suivant la durée de l'expérience, tantôt en rapport avec le légume employé. Ainsi, on observe des modifications « en plus » dans la structure cellulaire ou « en moins » dans l'augmentation de la substance colloïdale. Dans les glandes surrénales, les modifications intéressent surtout la couche corticale. L'utérus des animaux traités par cette méthode est souvent hypertrophié.

Fribourg-Blanc.

A. Mester. ***Réaction immunobiologique spécifique pour le rhumatisme articulaire aigu*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **14**, n° 43, 27 Octobre 1935, p. 775-778). — La réaction immunobiologique du rhumatisme articulaire, décrite par Mester, consiste dans la diminution du nombre des globules blancs qui survient 30 minutes à 60 minutes après l'injection intradermique de 1 cmc de solution d'acide salicylique à 1 pour 100. M. pratique des injections intradermiques en 5 points différents en formant des nodules intradermiques de 0 cmc 2 chacun. La réaction est spécifique pour le rhumatisme articulaire aigu, subaigu ou chronique, pour la sciatique rhumatismale, l'iridocyclite rhumatismale, la spondyloarthrite rhumatismale ankylosante et dans les affections cardiaques d origine rhumatismale. Elle est négative dans le rhumatisme tuberculeux, gonococcique et goutteux. L'action de l'acide salicylique dans l'immuno-réaction s'explique par la sensibilisation à l'égard de l'acide salicylique qui apparaît comme un allergène chimique.

Fribourg-Blanc.

S. Chrzaszczewski. ***Le problème de la stérilisation à la lumière des décrets allemands*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **14**, n° 46, 17 Novembre 1935, p. 836-837). — C. commente la loi allemande sur la stérilisation obligatoire. Il expose les raisons de l'institution de la loi et ses méthodes d'application. La loi n'a pas encore un passé suffisant pour pouvoir être jugée. Cependant il semble que l'indication de stériliser tous les sujets atteints de psychoses maniaco-dépressives est trop rigoureuse. Néanmoins dans son ensemble l'institution officielle de la loi de stérilisation obligatoire doit être envisagée comme une tentative courageuse de lutte contre un mal médico-social ancien et un essai de réaction contre les superstitions appuyées sur la tradition.

Fribourg-Blanc.

Z. Bielinski. ***Etude expérimentale sur les embolies gazeuses*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **14**, n° 47, 24 Novembre 1935, p. 849-851 et n° 48, 1er Décembre 1935, p. 871-874). — A la suite de l'étude expérimentale faite sur des chiens, B. conclut que: 1° La dose mortelle d'air introduit par la voie intraveineuse au taux de 25 cmc à la seconde varie suivant la veine où elle est introduite. Introduit dans la saphène externe, il faut 80 cmc d'air, tandis que par la jugulaire externe, il ne faut que 50 cmc. La raison de cette différence s'explique par la longueur du trajet pendant lequel l'air subit une fragmentation plus complète. Le cœur a ainsi plus de facilité à faire passer l'air à travers les capillaires pulmonaires ; 2° la mort de l'animal est due à l'ischémie du cerveau. Dans les expériences où la dose d'air injectée était insuffisante pour entraîner la mort, on observait des troubles nerveux importants. Lorsque la dose d'air injecté est atteinte pour déterminer la mort presque instantanément, on assiste à une chute de la pression artérielle à zéro, ce qui entraîne logiquement l'ischémie brusque de l'encéphale et la mort; 3° le fonctionnement du cœur se maintient encore après l'arrêt des mouvements respiratoires et la chute de la tension artérielle.

Fribourg-Blanc.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE (Varsovie)

L. Rosenberg et **A. Mazur**. ***Paralysie du nerf récurrent gauche au cours du rétrécissement mitral*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **12**, n° 40, 24 Octobre 1935, p. 756-757). — R. et M. rapportent l'observation d'une jeune femme présentant une paralysie du récurrent gauche survenue au cours d'une crise de décompensation cardiaque. Le traitement par la digitale fit disparaître les troubles de la voix en même temps que les signes de décompensation cardiaque. Au cours de la discussion sur la pathogénie de ce phénomène, R. et M. écartent la théorie classique de la compression du récurrent gauche par l'oreillette gauche et penchent pour l'explication proposée par Price qui envisage la compression du nerf par l'artère pulmonaire dilatée.

Fribourg-Blanc.

MEDYCYNA (Varsovie)

J. W. Grott. ***Nouveau procédé d'examen du pancréas par la palpation*** (*Medycyna*, n° 9, 1935). — G. expose un nouveau procédé de palpation du pancréas. Le malade se couche sur le dos, les jambes fléchies, un poing ou un rouleau épais placé sous les vertèbres lombaires. L'examen est ainsi facilité. Cette méthode d'examen du pancréas par la palpation présente deux avantages: 1° par la position du malade, on diminue la contraction des muscles abdominaux et on rapproche les parois abdominales antérieure et postérieure, en rendant les organes profonds plus accessibles à la palpation; 2° par le placement perpendiculaire de la main droite, en palpation bimanuelle, en dehors du bord externe du muscle grand droit, la main refoule ce muscle vers la ligne médiane et peut plonger dans la cavité abdominale. La valeur principale de cette méthode est de préciser la douleur à la palpation du point de croisement du pancréas avec la colonne vertébrale, ainsi qu'avec l'aorte abdominale. En fléchissant en avant la colonne lombaire, la surface latérale du rachis accessible à la palpation augmente, c'est pourquoi il est plus facile de reproduire le signe présumé de la douleur en comprimant l'organe malade sur la surface latérale du rachis.

Le signe de la douleur par la pression possède une grande valeur pratique, car les tumeurs du pancréas accessibles à la palpation sont plutôt rares, tandis qu'une augmentation insignifiante de cet organe, par exemple sa congestion à la suite d'un processus inflammatoire occulte, se voit bien plus souvent.

L'emploi de la méthode précitée chez 101 sujets, consultant pour des affections suivies assez fréquemment de pancréatite (affections du foie, ulcère du duodénum ou de l'estomac, diabète), a donné des résultats très instructifs. Ainsi, dans ce groupe de sujets examinés, on a pu sentir le pancréas chez 13 personnes. On a pu sentir parfaitement le pancréas tout entier dans un cas. Sur ces 13 sujets, 11 étaient atteints ou présumés atteints de pancréatite, c'est-à-dire 84,4 pour 100. C'est là une indication pratique très précieuse qui témoigne de la présence d'une pancréatite ou son existence dans le passé.

Sur 101 sujets examinés, la palpation a pu être faite seulement chez 88, dont 32 sujets présentaient une douleur du pancréas. On a diagnostiqué ainsi une pancréatite chronique certaine chez 10 malades examinés, chez 7 autres sujets ce diagnostic était tout à fait vraisemblable. On a pu éliminer cette entité morbide dans les 15 autres cas présentant une douleur modérée du pancréas, en se basant sur la présence d'autres signes cliniques. Il s'ensuit que le procédé de la palpation, étudié ici, en facilitant la constatation de la douleur de l'organe par compression, constitue un pas en avant dans la voie du diagnostic d'une pancréatite occulte.

Fribourg-Blanc.

J. Wegierko. ***Traitement de l'asthme bronchique par les chocs insuliniques*** (*Medycyna*, n° 1, 7 Janvier 1936, p. 8-14). — Sur 40 malades W. constate l'efficacité du traitement de l'asthme bronchique par les chocs insuliniques. Il souligne deux faits essentiels: 1° Le choc insulinique coupe la dyspnée. 2° A la suite de plusieurs chocs, le caractère de l'asthme bronchique se modifie. Les crises s'espacent et diminuent d'intensité et même souvent disparaissent complètement.

Le problème de l'asthme bronchique, de ses récidives et du temps nécessaire à la disparition des crises n'est pas encore résolu. Il suggère sur le mécanisme de l'action des chocs insuliniques des questions intéressantes, notamment: Quelle est la cause qui influe sur la disparition immédiate de la dyspnée? Pourquoi les chocs répétés conduisent-ils vers l'amélioration de l'état général des malades et quel est le rapport qui existe entre ces deux constatations?

Fribourg-Blanc.

L. Gross. ***La porte d'entrée et le problème de l'immunité dans le cancer*** (*Medycyna*, n° 1, 7 Janvier 1936, p. 18-21). — En collaboration avec le prof. Besredka, G. a étudié expérimentalement les diverses modalités d'inoculation du sarcome d'Ehrlich chez la souris. Il souligne l'importance capitale que joue la peau dans l'inoculation du cancer. L'inoculatoin d'une petite dose produit un nodule bénin qui peut disparaître. L'animal est alors immunisé contre le sarcome d'Ehrlich. Une souche « S 37 », provenant de Londres, a donné des résultats analogues. G. a réussi à transformer un néoplasme malin en néoplasme bénin.

Fribourg-Blanc.

GRUZLICA (Varsovie)

St. Baginski. ***Recherches sur la pénétration des bacilles BCG à travers la muqueuse intestinale intacte chez les animaux adultes*** (*Gruzlica*, t. **10**, n° 4. 1935, p. 425-441). — B. étudie la pénétration des bacilles BCG à travers la muqueuse intestinale chez les animaux adultes et âgés. Il constate que le nombre des bacilles est insignifiant dans les cellules du système réticulo-endothélial des organes éloignés du lieu de l'infection du tube digestif. En général, il n'y a pas de lésions spécifiques. Par contre, il existe des lésions spécifiques portant de nombreux bacilles acido-résistants dans les organes, tels que le foie, les poumons, la rate, les reins et les ganglions mésentériques, trachéo-bronchiques et autres.

La pénétration des bacilles BCG s'effectue soit dans les fentes intercellulaires où ils sont phagocytés et transportés dans le système lymphatique, soit dans les fentes de Grünhagen, les villosités et finalement dans le système lymphatique axial. En conséquence, il semble que la muqueuse intestinale intacte permet la pénétration du BCG.

Fribourg-Blanc.

Z. Zeyland et **M**[me] **E. Piasecka-Zeyland**. ***De la vitalité des bacilles BCG dans l'organisme vacciné*** (*Gruzlica*, t. **10**, n° 4, 1935, p. 559-564). — L'étude bactériologique et anatomopathologique appliquée systématiquement à tous les enfants vaccinés à l'aide du BCG prouve qu'il n'est plus possible de cultiver des bacilles BCG en se servant de la même technique qui avait été employée pendant les années 1928-1929. Ce fait a été confirmé expérimentalement sur les cobayes. Il semble que la vitalité des bacilles BCG dans les organismes a subi une diminution incontestable. Il serait désirable d'utiliser des moyens arrêtant l'abaissement progressif de la vitalité des bacilles BCG, cet abaissement pouvant nuire à l'efficacité des propriétés vaccinales du BCG dont l'emploi a donné des résultats si salutaires.

Fribourg-Blanc.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG (Berne)

E. Bounin et **M. Lévinson**. ***Sur la clinique et la pathogénèse de la caroténémie*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. **5**, n° 1, Janvier 1936, p. 12-21). — Il a été observé par B. et L. 12 malades présentant une teinte jaune très prononcée soit de l'ensemble des téguments (5 cas), soit des paumes des mains et des plantes des pieds (7 cas). La teinte ainsi présentée est jaune, quelquefois orange et très différente de ce qui s'observe en cas d'ictère. De plus, les conjonctives ne sont pas colorées.

Dans un cas, il s'agit d'une femme de 19 ans qui présente la teinte caractéristique et une sensation d'affaiblissement général. La peau se serait ainsi colorée, après de forts accès de fièvre. Le régime de la malade ne comporte pas de maïs et seulement de très petites quantités de carottes et de citrouille. On constate dans le sang la présence de gamètes du Plasmodium tropical, de 0,2 milligr. pour 100 gr. de carotène et de 100 milligr. de cholestérine; métabolisme de base: —23,1. On traite le paludisme et on modifie le régime sans arriver à rendre la couleur de la peau normale. L'irradiation aux rayons ultraviolets reste également sans résultat. L'administration de thyroïdine à la dose de 10 centigr., 3 fois par jour, rend la peau normale. Six jours après le taux du carotène du sang s'abaisse à 0,15 milligr. et dix-huit jours plus tard à 0,08 milligr.; en même temps le métabolisme de base passe à +27,1 et à —12,9.

A propos de ces observations, B. et L. remarquent que la caroténémie peut s'observer chez des sujets normaux quand le régime comprend des quantités excessives de courge ou de carottes, ce qui était le cas pour 3 des observations des auteurs. Mais ces phénomènes ne se produisent pas chez tous les sujets soumis à un régime de ce genre. Dans une même famille consommant les mêmes aliments, on observe que la pigmentation de la peau peut être tout à fait normale dans certains cas et anormale dans d'autres. Le paludisme mal ou insuffisamment traité jouerait un rôle.

De plus, il a été constaté que dans la majorité des cas, la caroténémie s'observe quand les processus oxydatifs diminuent. Alors la teneur du sang en carotène augmente et se produit tout d'abord dans la peau aux endroits protégés contre la lumière ou subissant des compressions. Il se pourrait que la caroténémie représente une constante permettant d'apprécier les processus d'oxydation. En tout cas, presque tous les malades observés ont présenté une cholestérinémie basse variant de 73 à 100 milligr. pour 100 gr.

P.-E. Morhardt

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Du Bois. ***Syphilis mutilante tardive*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. **7**, n° 1, Janvier 1936, p. 5-15). — Une femme de 56 ans vit apparaître, en 1914, à 35 ans, la première manifestation, non diagnostiquée, d'une syphilis ignorée, sous forme d'une gomme située sous le sein gauche, avec lésions costales ostéo-périostées sous-jacentes, prises pour de la tuberculose. Une fistule persista des années avec ulcérations cutanées plus ou moins profondes.

En 1923, nouvelle gomme à l'épaule gauche, qui s'ouvrit spontanément; il en résulta une ulcération phagédénique et migratrice qui évolua pendant 10 ans au bras, au coude, à l'avant-bras.

En 1934, nouvelle gomme volumineuse de la cuisse droite, qui s'ouvrit spontanément.

Les lésions de la côte et de l'épaule apparaissent comme primitivement osseuses ou périostées, alors que celle de la cuisse a pris naissance dans le tissu cellulaire sous-cutané; le phagédénisme cutané migrateur est consécutif aux lésions conjonctives.

La radiographie montre la destruction de la tête humérale et de la gaine articulaire, avec décalcification marquée des os dans les territoires correspondant aux destructions des parties molles; le segment de fémur correspondant à la lésion cutanée est également transparent et décalcifié: ce qui réalise le tableau des lésions étagées à foyers segmentaires du type décrit par Favre, Michel et Bonnard.

Malgré les mutilations graves, évoluant pendant 20 ans, la syphilis n'a touché aucun viscère: les poumons, le cœur, l'aorte, le foie, la rate sont normaux; les fonctions digestives et rénales sont régulières, les réactions nerveuses sont intactes.

Le Bordet-Wassermann est très positif, le Vernes donne 147.

Un traitement pluri-médicamenteux (iodure, arsénobenzol, bismuth) a guéri rapidement les ulcérations de la cuisse et les fistules osseuses. En 6 mois, la malade a augmenté de 13 kilogr.; mais le Wassermann se maintient positif.

L'étiologie demeure obscure; rien ne prouve qu'il s'agit d'une syphilis acquise et D. B. a plutôt l'impression qu'il s'agit d'une syphilis héréditaire tardive.

R. Burnier.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (Paris)

G. Weill et **C. Pfersdorff.** ***Les fonctions visuelles de l'aveugle-né opéré*** (*Annales médico-psychologiques*, année **93**, t. 2, n° 3, Octobre 1935, p. 367-382). — Contrairement à l'opinion courante, l'aveugle de naissance opéré n'acquiert qu'au prix d'un long travail l'usage de ses nouvelles fonctions visuelles.

Observation d'une enfant aveugle, opérée à 11 ans d'une cataracte congénitale double. Après l'opération, la vision des *couleurs* s'éduque rapidement, mais l'enfant n'identifie les *formes* qu'avec le secours du toucher. Elle acquiert la lecture visuelle des caractères Braille, puis des caractères romains. Les mouvements restent très imparfaitement reproduits.

L'aveugle de naissance n'a pas de représentation spatiale: il construit un *schéma verbal*, d'après les relations de son entourage.

W. et P. opposent les troubles résiduels de l'aveugle opéré à ceux des sujets atteints de lésions des lobes occipital et pariétal.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVES DES MALADIES DES REINS et des ORGANES GÉNITO-URINAIRES (Paris)

G. Lepoutre (Lille). ***Des brûlures du canal de l'urètre chez l'homme*** (*Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires*, t. **9**, n° 5, Septembre 1935, p. 547-569). — L. étudie les lésions de l'urètre qui résultent de l'agression unique et violente d'un corps à température trop élevée ou corrosif (diathermie, crayons ou solutions caustiques thérapeutiques, liquides injectés par erreur du médecin ou sottise du malade, ypérite). Parfois, un accident traumatique (cathétérisme forcé) s'associe aux accidents caustiques.

L'étendue de la brûlure varie suivant l'importance de la zone où s'est manifestée l'action caustique. En profondeur, elle se limite rarement à la muqueuse, mais atteint bien souvent le corps spongieux. L'infection menace souvent de s'associer à la brûlure (phlegmons péri-urétraux).

Les symptômes sont la douleur parfois atroce, le gonflement de la verge, les troubles de la miction (parfois rétention complète), la pyorrhée et l'élimination en bloc ou en parcelles de l'escarre urétrale.

En l'absence d'infection, on voit s'établir un rétrécissement très spécial, virole inextensible et dure qui trouble l'érection et incurve la verge. S'il se développe de l'infection, l'urètre, au sein du phlegmon qui l'entoure, se sphacèle et subit une perte de substance.

Tout ce que l'on peut faire, au moment de l'accident, se réduit à de petits lavages prudents au sérum artificiel, à des médications calmant la douleur. Contre les troubles de la miction, sondage bien prudent et dont il ne faut pas trop user. La cystostomie est souvent nécessaire. On vient à bout de l'infection par incision large du phlegmon péri-urétral. Pour le rétrécissement, la dilatation, souvent impuissante, laisse le pas à la résection de l'urètre suivie de sa reconstitution au moyen de lambeaux ou de greffes.

G. Wolfromm.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

Speder. ***L'ostéo-pétrose généralisée ou « Marmorskelett » n'est pas une maladie rare; sa fréquence dans l'intoxication fluorée*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. **20**, n° 1, Janvier 1936, p. 1-11). — Sans chercher à savoir si l'ostéopétrose généralisée est sous la dépendance d'une hyperparathyroïdie ou si l'hypertrophie des parathyroïdes est, comme les modifications osseuses, contemporaine de l'intoxication par le chlorure de sodium, S. a surtout voulu montrer que: 1° l'ostéopétrose généralisée (squelette d'ivoire ou Marmorskelett ou maladie d'Albers-Schönberg) ne représente pas une affection rare et qu'il doit être possible de la déceler en la recherchant chez des sujets soumis à une intoxication de quelque origine qu'elle soit par le fluor et surtout le fluorure de calcium (S. en a relevé 7 cas dans la littérature, et en a observé personnellement plusieurs). D'autres intoxications ou affections doivent pourtant pouvoir provoquer ces troubles du métabolisme phosphocalcique susceptibles, dans certaines conditions, de donner des effets semblables; « à côté de l'ostéo-pétrose-maladie, il y a une ostéo-pétrose symptôme »; 2° l'ostéo-pétrose plus ou moins généralisée est de règle chez les individus habitant les régions phosphatières du Maroc et qui, y vivant dans certaines conditions, sont atteints de Darmous (fluorose par le fluorure de calcium) [on l'a également observée en Suède dans une usine de cryolithe]; 3° cette affection a été souvent signalée chez les animaux domestiques les plus divers soumis à l'intoxication fluorée dans de nombreux pays, situés dans les régions les plus différentes; 4° l'expérimentation a permis de reproduire des troubles absolument identiques à ceux que provoque l'intoxication fluorée; 5° il est vraisemblable qu'une partie des cas connus d'ostéo-pétrose chez l'enfant relève d'une intoxication intra-utérine fluorée méconnue; 6° il ne semble pas, d'après l'expérience clinique ou l'expérimentation, que les glandes parathyroïdes jouent un rôle dans le développement de l'ostéo-pétrose; 7° alors que l'intoxication par le fluorure de sodium provoque une hypertrophie parathyroïdienne et des lésions d'ostéo-porose, le fluorure de calcium, au contraire, paraît être un toxique hypercalcifiant créant de l'ostéopétrose, d'où son éventuel rôle thérapeutique.

Morel Kahn.

J. Oberholzer. ***L'arthro-pneumoradiographie (méthode de Bircher). Application à l'étude de l'articulation du genou*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. **20**, n° 1, Janvier 1936, p. 18-23). — Pour suppléer à l'insuffisance de renseignements sur le diagnostic des lésions et affections intra-articulaires fournis par la radiographie simple, de nombreux auteurs se sont efforcés d'avoir recours à des substances de contraste, soit opaques, d'ailleurs abandonnées en grande partie, soit gazeux.

Quant à Bircher, il utilisa *un procédé mixte* en se servant de pérabrodil et d'oxygène, le pérabrodil se déposant en couche mince sur les différentes parties de la paroi et l'oxygène contribuant par sa transparence à faire apparaître les formations articulaires.

O., après avoir décrit la *technique du procédé* qui nécessite une instrumentation permettant l'insufflation d'oxygène sous pression contrôlée, considère qu'il s'agit là d'une méthode qui, exécutée soigneusement avec les précautions voulues, peut être appliquée sans danger.

O. décrit l'*image pneumoradiographique normale du genou* que caractérisent des entrecroisements et des superpositions d'ombres et de lignes multiples dont il analyse la nature anatomique. Plusieurs incidences sont nécessaires pour l'étude complète de l'articulation (antéro-postérieure, incidence oblique, vue bilatérale); il insiste ensuite sur les *variétés anatomiques* de l'articulation qu'il faut connaître pour éviter les erreurs de diagnostic et sur quelques *cas pathologiques* : maladie de Hoffa, c'est-à-dire surtout des altérations d'origine traumatique du paquet cellulo-adipeux, plus fréquentes que l'on ne pense; lésions des cartilages semi-lunaires, pour lesquelles la pneumoradiographie représente un procédé de choix; lésions des ligaments (seule une évacuation complète de l'ex-

sudat permettant l'étude des ligaments croisés); lésions articulaires diverses.

O. considère qu'il s'agit là d'une méthode qui, importante pour le diagnostic de l'ostéochondrite et la localisation des corps libres intra-articulaires, est également applicable à l'examen des articulations de l'épaule ou du coude.

MOREL KAHN.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

Alexandre Török (Budapest). ***Sur le traitement de l'incontinence d'urine essentielle des enfants par l'infiltration du périnée à l'aide d'une solution physiologique de NaCL*** (*Journal d'Urologie*, t. 40, n° 5, Novembre 1935, p. 433-437). — T. a traité 11 enfants par la méthode d'infiltration du périnée à l'aide d'une solution de sérum physiologique, méthode imaginée par Cathier et employée et recommandée par M. Marion. Alors que M. Marion a guéri 3 cas sur 4, T. n'a eu que 2 guérisons et 1 amélioration sur 11 cas.

Pour T., l'effet de ce traitement est purement psychique, aussi réussit-il moins bien qu'en ville en milieu hospitalier, dès que les enfants ont eu connaissance de l'insuccès de la méthode chez tel ou tel de leur camarade d'infortune.

T. recommande cette méthode; mais, dans quelques cas où on peut attribuer l'incontinence nocturne à une polyurie excessive, il conseille de recourir à des injections sous-cutanées de pituitrine qui diminuent la sécrétion des urines et suppriment, au moins temporairement, l'incontinence.

G. WOLFROMM.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE
(Berlin)

I. Lindenbaum et **L. Kapitza** (Leningrad). ***Sur la clinique et l'histo-pathologie de la thrombo-angéite oblitérante de Buerger*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. 184, fasc. 3, 22 Janvier 1936, p. 413-435). — Bonne étude critique renfermant 22 observations, recueillies en moins de 2 ans, qui sont prétexte à rappeler certains traits de la maladie.

Après bien d'autres auteurs, L. et K. montrent qu'elle n'est pas l'apanage des Israélites; 6 seulement de leurs cas concernent, en effet, des Juifs.

Ils insistent, également, sur une notion anatomo-clinique classique: celle de la participation des veines au processus, atteinte qui précède, parfois, de longtemps, les autres manifestations du mal et qui, si on la retrouve dans les antécédents, a une grande valeur diagnostique.

Ils soulignent, enfin, pour finir, l'intérêt qu'il y a à ne faire des opérations sympathiques que si les vaisseaux périphériques sont encore dilatables et si les artères principales ne sont pas complètement thrombosées, ce qui tombe sous le sens.

JEAN PATEL.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Hohorst et **Gassmann**. ***L'hormone folliculaire dans le traitement de la blennorragie infantile*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. 102, n° 1, 4 Janvier 1936, p. 9-13). — Des résultats obtenus dans les 10 cas de vulvo-vaginite blennorragique infantile rapportés par H. et G., ceux-ci concluent que le traitement par l'hormone folliculaire diminue nettement la durée de l'affection.

Dans un cas, des douleurs abdominales apparurent mais cédèrent rapidement après une diminution de la dose d'hormone. S'agissait-il de troubles intestinaux accidentels ou d'une action de l'hormone sur les organes génitaux, cela est difficile à préciser. En tout cas, on n'observa jamais de troubles organiques ou psychiques.

L'examen des frottis montra une modification très nette des préparations (modification de l'épithélium vaginal, de la flore microbienne) au cours du traitement par l'hormone folliculaire.

Il est préférable de donner cette hormone à doses assez fortes, par exemple 10.000 unités le premier jour par voie intramusculaire, puis les jours suivants 4.000 unités par la bouche jusqu'à guérison.

R. BURNIER.

V. Vanik. ***L'influence de l'impaludation sur la blennorragie féminine*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. 102, n° 1, 4 Janvier 1936, p. 13-19). — Depuis 1930, V. a traité, à la clinique de Debrecen, par la malariathérapie, 85 femmes atteintes de blennorragie: 24 cas encore non traités et sans complications; 45 déjà traités avec gonorrhée subaiguë ou chronique et 16 cas subaigus et chroniques non traités. Dans 42 cas, il existait des complications: annexite, endoparamétrite, arthrite, bartholinite.

Aucun accident grave ne fut observé au cours de l'impaludation, à part 3 cas d'ictère. La plupart des malades avaient de la céphalée, des vomissements, des nausées, parfois des épistaxis et des douleurs stomacales au cours des accès.

Les résultats obtenus furent médiocres dans les cas aigus (38 pour 100 d'échecs), meilleurs dans les cas subaigus et chroniques non encore traités (25 pour 100 d'échecs) et meilleurs encore dans les cas subaigus et chroniques déjà traités (18 p. 100 d'échecs). Dans plusieurs cas, le gonocoque ne disparut que momentanément et des examens ultérieurs, après provocation, le mirent de nouveau en évidence dans l'urètre et au col utérin.

Deux hommes, atteints de gonorrhée avec épididymite bilatérale et funiculite, et gonocoque positif, furent également traités par la malariathérapie. Après 3 à 4 accès, l'inflammation douloureuse et les infiltrats avaient presque complètement disparu, ainsi que les gonocoques.

R. BURNIER.

Skutta. ***Traitement par aspiration de l'acné vulgaire*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. 102, n° 5, 1er Février 1936, p. 137-140). — A la méthode ordinaire de l'*expression* des comédons de l'acné, S. a substitué une méthode par *aspiration* qui lui a donné de bons résultats. A l'aide de petites ventouses de formes variées, adaptées à une pompe mise en mouvement par le moteur d'un pantostat par exemple, S. aspire et vide les kystes par rétention des glandes sébacées, les comédons et les folliculites inflammatoires qu'on observe dans l'acné vulgaire. Un massage facial termine l'opération.

A ce traitement local, on peut associer avec fruit les traitements généraux usuels: opothérapiques, diététiques, etc.

R. BURNIER.

Pillokat. ***Lupus érythémateux généralisé; son traitement, ainsi que celui d'autres dermatoses, par l'auro-détoxine*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. 102, n° 7, 15 Février 1936, p. 193-199). — P. rapporte un cas rare de *lupus érythémateux généralisé* chez un enfant de 12 ans et qui débuta en 1932 à la suite de bains de soleil répétés; les parties atteintes sont la face, le cuir chevelu, le thorax, la plus grande partie du dos, les bras et le dos des 2 mains.

Après un traitement infructueux, durant 1 mois par le bismuth, P. eut recours à une nouvelle préparation aurique, l'*auro-détoxine*, qui contient 12,5 pour 100 d'or et qui jusqu'ici n'a donné lieu à aucun accident fâcheux.

Le malade reçut 6 gr. d'auro-détoxine à la dose de 10 à 20 centigr. tous les 3 à 4 jours. Les lésions disparurent rapidement et laissèrent, surtout au dos, une légère atrophie avec pigmentation jaune brunâtre.

P. utilisa encore cette préparation dans 7 cas de *lupus érythémateux* avec succès.

3 cas de *pemphigus vulgaire* furent traités par l'auro-détoxine. Une malade, dans un état grave, n'obtint aucune amélioration. Un autre cas demeure guéri depuis 1 an. Le troisième a guéri, mais a récidivé au bout de 9 mois.

Une jeune fille de 22 ans, de souche tuberculeuse et atteinte de *tuberculides papulo-nécrotiques* des mains, des coudes, des genoux, des jambes, reçut en 9 semaines 4 gr. 3 d'auro-détoxine. La guérison fut complète et la malade augmenta de 16 livres.

Une femme de 30 ans, dans un état misérable, atteinte de *poradénite inguinale* avec *rétrécissement rectal* (Frei positif), reçut 6 gr. 4 d'auro-détoxine. Le rétrécissement rectal s'est nettement amélioré et la malade peut évacuer sans purgation. Son poids a augmenté de 16 livres en 5 semaines.

Chez un malade atteint de *phlegmon de la main*, qui s'étendait malgré des incisions étendues, une guérison rapide fut obtenue avec 2 doses de 50 centigr. d'auro-détoxine.

R. BURNIER.

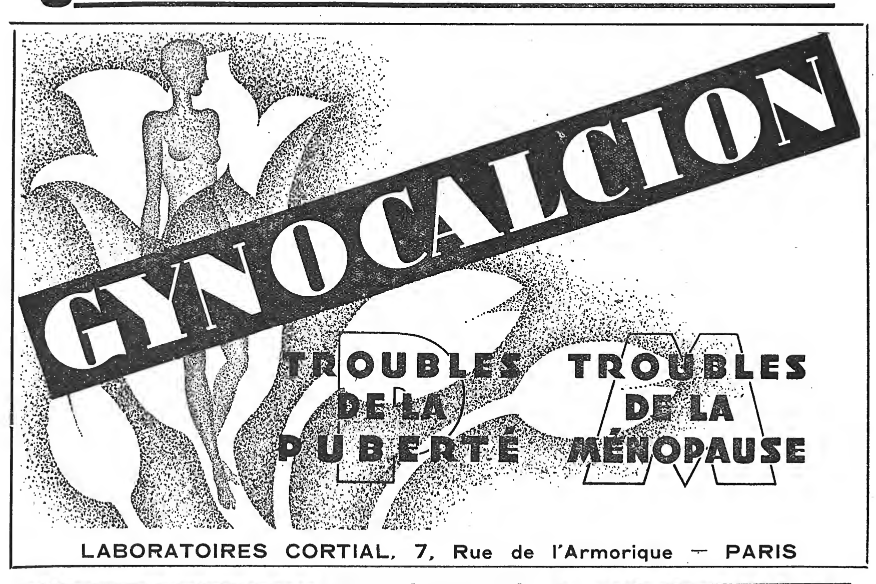
DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN
(Leipzig)

Fr. v. Doleschall et **B. Paul.** ***La question des cas nombreux de méningite séreuse épidémique survenue à Debrecen de Mai à Août 1935*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 178, n° 4, 31 Janvier 1936, p. 341-352). — Il a été observé à la clinique de Debrecen, de Mai à Août 1935, 31 cas de méningite séreuse épidémique qui ont frappé surtout des sujets jeunes ou d'âge moyen. Sauf un sujet qui fit une pneumonie, la guérison survint sans séquelles. Dans tous les cas, les malades ont donné l'impression d'être sévèrement atteints. Ils présentaient une obnubilation très frappante, même quand la fièvre n'était pas très élevée. Mais en dehors de la raideur de la nuque, de la céphalée et parfois des vomissements, les symptômes étaient assez rares. Le signe de Kernig a souvent manqué. L'augmentation de cellules dans le liquide céphalo-rachidien a toujours été constatée. Les mononucléaires prédominaient tandis que les leucocytes étaient souvent absents. La pression était un peu élevée et la réaction de la globuline positive mais faible. La pléiocytose et le signe de Pandy ainsi que l'augmentation du nombre des cellules ont persisté pendant longtemps même après guérison apparemment complète.

L'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien a donné 6 fois des micro-organismes extraordinairement analogues au diplocoque de Weichselbaum.

Dans 5 cas, les réactions de la syphilis ont été positives. Mais il semble que cette réaction a été plusieurs fois non spécifique. Au point de vue épidémiologique, on a constaté des infections par contact et cependant 20 malades étaient originaires de quartiers très divers de la ville. D'autre part, certains symptômes particuliers (un cas d'insomnie complète de 8 jours de durée, 2 cas de paralysie faciale, 3 cas de diplopie) montrent tous les intermédiaires entre la méningite pure et l'encéphalite pure.

Au point de vue étiologique, on ne saurait, d'après D. et P., entièrement contester la possibilité tout au moins d'une infection mixte dans laquelle les diplocoques joueraient un rôle. La poliomyélite est extrêmement rare à Debrecen. Il semble néanmoins que des épidémies locales de cette infection aient coïncidé avec des cas de méningite pure. En somme, il est impossible de faire une distinction nette entre les méningites et les


GYNOCALCION
TROUBLES DE LA PUBERTÉ
TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

encéphalites et les réactivités individuelles doivent intervenir pour rendre le syndrome tantôt plus encéphalitique et tantôt plus méningitique. Les cas d'encéphalite japonais et américains rentrent certainement dans le même groupe.

Cinq des cas observés à Debrecen ont présenté des analogies avec l'encéphalite infectieuse et notamment une courbe de température de type « dromadaire » qui rappelle celle de la poliomyélite. Par ailleurs, il a été observé un nombre relativement élevé non seulement de poliomyélite (3 cas), mais encore de méningite tuberculeuse ainsi que 2 cas d'herpès zoster. Il semble donc possible qu'il y ait une disposition organique en relation avec une infection antérieure peut-être grippale.

P.-E. Morhardt.

Bruno Misske et **Hans Schütt**. ***Les troubles de la circulation et certaines altérations électrocardiographiques dans le diabète sucré*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **178**, n° 4, 31 Janvier 1936, p. 359-375). — Sur 522 diabétiques observés au cours des 5 dernières années, il a été observé surtout de l'artériosclérose et de l'hypertension. Mais les insuffisances circulatoires et l'hypotonie sont également assez fréquentes. Un certain nombre de ces malades (7,28 pour 100) sont morts à la clinique. La cause de la mort était plus souvent une pneumonie que le coma ou les troubles circulatoires.

On a soumis à l'examen électrocardiographique 200 cas et il a pu être ainsi constaté à plusieurs reprises qu'il n'y a pas de relations entre les modifications des ondes de la phase terminale et les doses d'insuline.

Les modifications de l'électrocardiogramme, qui ont été constatées, ne montrent d'ailleurs aucune relation avec la glycémie, le traitement insulinique, l'âge du malade, la durée de la maladie, etc. Les modifications observées au cours du coma ou du précoma sont également très diverses, de sorte que le diabète doit être considéré comme n'ayant pas une action spécifique sur l'électrocardiogramme. Ce sont les affections concomitantes comme l'artériosclérose, les lésions des coronaires, etc., seules qui jouent un rôle à ce point de vue. Aussi, l'électrocardiogramme a une grande signification au point de vue du traitement de ces malades d'autant plus que l'association de thrombose des coronaires et de diabète exige une technique spéciale d'administration d'insuline.

P.-E. Morhardt.

St. Kostakow. ***Créatinurie spontanée en cas d'affections nerveuses*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **178**, n° 4, 31 Janvier 1936, p. 387-395). — K. a pu constater que la créatinurie est un phénomène constant en cas de dystrophie musculaire progressive, car il l'a régulièrement constatée chez les 40 malades de ce genre qu'il a observés. Ce phénomène apparaît d'ailleurs avant les signes cliniques et présente dans les familles de dystrophiques un intérêt incomparable pour dépister les enfants menacés. La tolérance à la créatine a également une signification importante.

Mais la créatinurie spontanée s'observe dans toutes les affections musculaires non primitives, dans des affections endocriniennes, dans les tumeurs du foie, etc. Pour compléter ces données, il a été procédé à des recherches sur un total de 50 sujets présentant des affections des nerfs ou des neurones périphériques (névralgies, névrites, atrophie musculaire spinale, poliomyélite), du neurone central ou périphérique (sclérose latérale amyotrophique, paralysie spinale spécifique, sclérose multiple) ainsi que des myélites transverses ou par compression, du tabes, de la syphilis cérébrale, de la paralysie générale, des atrophies par inactivité, etc.

Il a été ainsi constaté qu'un certain nombre de sujets atteints d'affections nerveuses accompagnées ou non d'atrophie musculaire peuvent présenter de la créatinurie spontanée qui, d'ailleurs, comme ce fut le cas dans des mononévrites et dans les polynévrites légères, disparaît en même temps que les phénomènes cliniques. En tout cas, la créatinurie spontanée est un phénomène non spécifique dû à des facteurs divers. Les réponses varient suivant qu'il est administré au malade de la créatine ou du glycocolle. Si les myopathies présentent, sous l'influence de glycocolle, une augmentation de la créatinurie, par contre, il n'en a pas été ainsi chez les sujets qui présentent de la créatinurie spontanée, qu'il n'a pas pu être possible d'augmenter par administration de glycocolle. Cependant, la poliomyélite présente, au stade de régression, une créatinurie qui est augmentée par l'administration de glycocolle. Il est donc possible que le stade de la maladie joue un rôle important dans le métabolisme créatine-créatinine.

En somme, dans les affections des cornes antérieures, la créatinurie spontanée a été observée de la façon la plus nette et la plus constante. Elle a été moindre et inconstante dans la polynévrite, dans la sclérose latérale amyotrophique, dans la sclérose multiple, dans le tabes et dans la paralysie générale. Dans les névralgies et dans la mononévrite, la créatinurie spontanée ne s'observe pas.

L'administration de glycocolle a augmenté la créatinurie dans les atrophies neurales, dans la poliomyélite au stade de régression. Dans les autres cas de créatinurie spontanée, on n'a pas constaté d'augmentation. L'administration de créatine a fait augmenter plus ou moins la créatinurie dans les cas d'atrophie spinale ou neurale et de poliomyélite. Tous les autres cas ont retenu la créatine comme des sujets sains.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Bormann. ***L'épreuve de Dick chez les nègres de la côte occidentale d'Afrique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 1, 3 Janvier 1936, p. 7-9). — La sensibilité vis-à-vis de l'épreuve de Dick chez les indigènes de l'Afrique orientale allemande a été recherchée par Fischer qui a trouvé chez 376 sujets d'âge divers un pourcentage de 1,8 pour 100 de résultats positifs (seulement chez des enfants ou adultes de moins de 25 ans). B., médecin de marine, a pu éprouver à ce point de vue la sensibilité des nègres de la côte occidentale africaine de Freetown (Sierra Leone) à Duala (Cameroun) et a comparé les résultats obtenus avec les données établies par les médecins de ces régions sur la fréquence de la scarlatine chez les nègres.

Sur 31 enfants nègres, de 9 à 14 ans, éprouvés à l'aide de la toxine de Dick, 12 étaient franchement Dick positifs, 9 autres réactions plus douteuses pouvaient être interprétées vraisemblablement comme positives.

Le nombre des Dick négatifs s'accroît avec l'âge, de même que chez les Européens.

Etant donné la rareté de la scarlatine chez les nègres, on peut se demander comment se produit cette immunisation vis-à-vis de la toxine du streptocoque hémolytique.

Les essais d'extinction pratiqués avec divers sérums d'enfants ou d'adultes fournissent des résultats concordants.

Le rôle des infections latentes dans la constitution de ces phénomènes peut être discuté.

G. Dreyfus-Sée.

F. Neggendorfer. ***Qu'est-ce que l'alcoolisme grave ?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 1, 3 Janvier 1936, p. 9-13). — La réponse à cette question est d'autant plus importante que les sujets atteint d'éthylisme grave rentrent dans la liste des malades présentant des affections héréditaires qui justifient, en Allemagne, la stérilisation légale. On distingue habituellement des alcooliques aigus et chroniques. On y a ajouté la catégorie des alcooliques habituels ou invétérés; mais, en pratique, les alcooliques graves, qui doivent être stérilisés, sont ceux qui, d'après l'expérience médicale, donneront naissance vraisemblablement à des sujets tarés. L'étude des conditions physiologiques et pathologique des alcooliques, ainsi que des facteurs souvent associés, amène à la conclusion suivante :

Les circonstances extérieures provoquant la tentation et permettant la réalisation de l'absorption en excès d'alcool sont répandues partout dans la civilisation moderne, et des troubles graves peuvent résulter de ces excès; mais le plus souvent les psychoses alcooliques aiguës ou chroniques surviennent sur un terrain prédisposé spécialement, héréditairement taré; de telle sorte que les descendants de ces éthyliques sont porteurs d'une hérédité lourde, ancienne et qu'on peut s'attendre à voir survenir chez eux des tares physiques et psychiques importantes.

On peut donc admettre que le diagnostic d'alcoolisme grave repose moins sur la quantité d'alcool absorbé et les modalités de cette ingestion, que sur la notion d'un terrain organique héréditairement déficient préexistant à l'intoxication accidentelle ou répétée : c'est l'étude de la personnalité du malade, de ses antécédents, de l'importance des mobiles qui l'ont conduit à boire, etc., qui constituerait des facteurs importants auxquels s'ajouteront également les notions fournies par les symptômes cliniques toxiques et les réactions sociales, en particulier criminelles, de l'éthylique.

Enfin, l'éthylisme féminin, particulièrement injustifiable et anti-physiologique, correspondrait toujours à une tare psychique et comporterait des risques héréditaires graves.

En pratique on comprendra donc sous le nom d'alcoolisme grave :

1° L'alcoolisme avec signes cliniques d'intoxication éthylique dont l'institution ne peut être justifiée par des mobiles exogènes valables et certains; la dipsomanie invétérée endogène, l'épilepsie alcoolique, la jalousie pathologique de l'alcoolique, les sujets présentant des hallucinations ou un syndrome de Korsakoff.

2° Tous les alcoolismes survenant chez des sujets psychiquement tarés, chez les criminels, et chez les femmes.

Cette extension du sens de la désignation d'alcoolique grave permet, selon N., de classer précocement des sujets dans ce groupe et, par une stérilisation légale, d'éviter la procréation d'enfants tarés.

G. Dreyfus-Sée.

Collazo, **Barbudo** et **I. Torres**. ***L'analyse chimique des muscles dans la dystrophie musculaire progressive (analyse biopsique d'un deltoïde)*** [*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 2, 10 Janvier 1936, p. 51-54]. — Les modifications chimiques musculaires qui se produisent dans les dystrophies musculaires primitives ou dans les dégénérescences secondaires sont actuellement inconnues. La méthode employée par C., B. et T. pour explorer les muscles malades consiste à pratiquer une biopsie deltoïdienne sous anesthésie locale et à étudier la pièce ainsi obtenue.

On trouve ainsi, à côté de la dégénérescence graisseuse et conjonctive, des modifications des échanges caractérisées par une concentration insuffisante des substances indispensables au fonctionnement musculaire normal, en particulier phosphogène (éther phosphoré de la créatine) et glycogène.

L'analyse chimique du fragment biopsique montre :

a) Diminution du phosphogène allant, selon

l'importance de la dystrophie, jusqu'à la disparition complète;

b) Diminution correspondante du glycogène;

c) Restriction de l'acide lactique;

d) L'étude effectuée sur l'extrait sec montre la diminution de l'eau; les différences constatées sont, en effet, supérieures lorsqu'on travaille sur l'extrait sec.

Ces faits mis en évidence par l'étude des muscles s'accordent avec les notions connues sur la créatinurie et la phosphaturie.

Dans un cas isolé d'analyse de myasthénie, les taux de glycogène, phosphogène, acide lactique et extrait sec sont inférieurs à la normale, mais supérieurs à ceux trouvés dans les dystrophies, à l'exception du phosphore total et anorganique qui est en proportion normale ou même en excès.

G. Dreyfus-Sée.

E. Barath et **P. Weiner.** ***La valeur des facteurs physico-chimiques dans les échanges aqueux et le rôle régulateur central de l'hypophyse*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 2, 10 Janvier 1936, p. 57-59). — Les données expérimentales de ces dernières années montrent le rôle important joué par les forces physico-chimiques sur les échanges hydriques: parmi ces facteurs se trouvent la tension colloïdale et la tension capillaire veineuse ainsi que d'autres éléments dont le rôle demeure à préciser.

L'organe régulateur central paraît être l'hypophyse dont l'hormone modifie l'état de la molécule albuminoïde et, par conséquent, fait varier ses propriétés physico-chimiques, et agit également sur la tension capillaire.

A cette action physico-chimique de l'hypophyse s'associent vraisemblablement, par des modalités analogues, d'autres glandes telle que la thyroïde dont l'hormone influence la teneur en albumine et la tension osmotique des tissus et du sang.

G. Dreyfus-Sée.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

B. Steinmann. ***Influence de la prophylaxie iodée sur la thyroïde du nouveau-né*** (*Endokrinologie*, t. **16**, n° 6, Janvier 1936, p. 395-411). — Le pouvoir prophylactique de l'iode à l'égard du goitre — qu'on admette la théorie de la carence d'iode ou celle d'une action thérapeutique de l'iode — est, d'après S., indiscutable. De plus, de nombreux travaux montrent que si l'iode n'a pas un rôle étiologique décisif, il en a tout de même un très important, aussi bien chez les nouveau-nés que chez les écoliers. Sous l'influence de l'administration d'iode pratiquée depuis 15 ans chez les écoliers de la ville de Berne, le nombre des thyroïdes normales a passé, entre 1919 et 1934, pour la première année scolaire, de 27 à 71,9 pour 100 et pour la 9e année scolaire, de 6 à 83,3 pour 100. La seule chose qu'on puisse encore discuter est de savoir si l'administration d'iode augmente le danger d'hyperthyroïdie.

La consommation de sel iodé a passé dans le canton de Berne, entre 1931 et 1933, de 5.734 à 6.181 quintaux. En dehors de ce sel, il est d'ailleurs consommé beaucoup de préparations iodées sans prescriptions médicales, soit contre le goitre, soit pour maigrir. Les recherches de S. ont porté sur les protocoles d'autopsies faites entre 1909 et 1934 et concernent 718 nouveau-nés ou nourrissons dont 408 garçons. La totalité des faits observés a été répartie en quatre périodes de cinq ans et une de six ans.

Le poids de la thyroïde relativement au poids du corps a varié chez les garçons, au cours de ces périodes, de 3,16 (1909-1914) à 2,28 (1930-1934), le maximum ayant été observé dans une période intermédiaire avec 3,48 (1920-1924). Chez les filles, les chiffres correspondants sont 3,85 et 1,58, la courbe baissant d'une façon régulière.

Comme le sel iodé a été introduit pour la première fois dans le canton de Berne, en 1924, il y a lieu de faire surtout des comparaisons entre les deux périodes 1920-1924 et 1925-1930. Entre ces deux périodes, le poids relatif de la thyroïde a varié chez la totalité des enfants, de 3,12 à 2,31, les poids absolus étant de 8.89 et de 6,99 gr.

On constate également que la proportion des thyroïdes dépassant 6 gr. a baissé entre ces deux périodes, de 57,8 à 43,2 pour 100. Le poids des thyroïdes a présenté une même diminution aussi bien pour les nouveau-nés de plus de 45 cm. (3,12 à 2,31 gr.) que pour les prématurés (2,92 à 2,10 gr.).

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

H. Curschmann (Rostock). ***Des diathèses hémorragiques au cours de la vieillesse*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 1, 3 Janvier 1936, p. 1-4). — C. pense qu'au cours de la vieillesse il existe d'une part des diathèses hémorragiques que l'on retrouve également à tous les âges de la vie, et d'autre part des diathèses hémorragiques qui sont vraiment particulières à la période terminale de l'existence humaine.

C. observa particulièrement une femme de 71 ans atteinte d'emphysème pulmonaire et d'insuffisance cardiaque qui, quelques semaines avant sa mort, présenta des hémorragies profuses qui emportèrent la malade. L'autopsie n'ayant rien révélé de particulier, C. pense qu'il s'est trouvé en présence d'une diathèse hémorragique avec altérations fonctionnelles de la circulation et des parois vasculaires. La cause de ces altérations est inconnue, peut-être la sénilité? C. dit que, dans ces cas, ce sont les capillaires qui sont particulièrement atteints.

Dans un autre cas, observé chez un vieillard de 74 ans, apparemment, il s'agissait de scorbut. Cependant, pour C. la leucémie que l'on peut rencontrer chez les vieillards peut amener aussi une diathèse hémorragique plus ou moins généralisée, parfois même une thrombopénie.

C. fait enfin remarquer que l'hémophilie proprement dite se rencontre rarement chez les vieillards, car à moins que l'affection ne s'arrête spontanément, il est rare que ces malades atteignent un grand âge.

Guy Hausser.

Marloth (Leipzig). ***Indications et contre-indications des sports d'hiver*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 1, 3 Janvier 1936, p. 9-13). — Il est évident que les sujets atteints d'affections organiques graves ne doivent pas faire de sports d'hiver. Cependant, cette règle doit souffrir des exceptions; les sports d'hiver et les climats de montagnes exercent en effet parfois une heureuse influence sur certains malades du poumon.

En ce qui concerne les tuberculeux, surtout ceux ayant une tuberculose en évolution, il faudra leur éviter tout surmenage physique. Il faudra se rappeler qu'en apprenant à faire du ski ou à patiner les chutes plus ou moins fréquentes peuvent même réactiver certaines phtisies latentes.

Chez les enfants tuberculeux, ce qui paraît le plus recommandable, c'est d'une part le patinage et d'autre part le traîneau ou la luge.

La montagne doit être proscrite formellement pour les tuberculoses osseuses et pour les tuberculoses pleurales.

Les cardiaques doivent également s'abstenir de pratiquer les sports d'hiver, sauf les quelques variétés de malades suivants: ceux atteints de lésions valvulaires feront plutôt du patinage que du ski; ceux atteints d'insuffisance cardiaque s'abstiendront pendant une assez longue période de tout sport; cependant, chez des petits arythmiques comme chez ceux qui font un début de dilatation cardiaque, dans certains de ces cas le sport peut leur être favorable et faire disparaître leurs troubles cliniques.

Pour les nerveux, les anxieux, les sports d'hiver trouvent là une indication majeure.

Les cas graves de sciatique et de rhumatismes ne peuvent évidemment pratiquer ces sports; cependant, les malades, qui souffrent de temps à autre de petites crises articulaires ou de sciatique légère, peuvent et doivent même faire des sports d'hiver sous le contrôle, évidemment, d'un médecin.

Les sports d'hiver exercent également une heureuse influence sur les affections des voies respiratoires supérieures et en particulier sur les angines.

Enfin, il va sans dire que, pour les sujets sains, les sports d'hiver sont les meilleurs de tous les repos: quinze jours de sports en hiver valent plus que 4 semaines de repos en été.

Guy Hausser.

W. Grunke et **H. Otto** (Halle) ***Signification clinique de l'acide ascorbique (Vitamine C)*** [*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 2, 10 Janvier 1936, p. 52-54]. — G. et O. ont étudié l'élimination de l'acide ascorbique (dont l'identité avec la vitamine C a été démontrée par Szent-Györgyi) chez les sujets sains et chez certains malades. Pour titrer les quantités d'acide ascorbique éliminées, ils se sont servi de la méthode iodométrique.

Chez des sujets normaux, ils ont montré, qu'en cas d'alimentation courante, l'excrétion atteint quotidiennement de 30 à 60 milligr.; avec une alimentation ne comportant que des fruits, cette quantité atteint de 90 à 125 milligr. pouvant même parfois aller jusqu'à 200 milligr. par jour.

Les malades, présentant un ulcus gastrique et dont la nourriture est pauvre en vitamine C, n'éliminent que très peu d'acide ascorbique. Il faudra donc que, dans leur régime, on tienne compte de ce fait afin qu'ils ne soient pas atteints de troubles dus à la carence de vitamine C.

Dans les affections du sang (leucémies, purpuras...), dans les maladies infectieuses telles que la scarlatine, la diphtérie, etc..., l'excrétion est également très diminuée; ceci s'explique probablement par le fait que l'organisme consomme beaucoup de vitamine C au cours de ces affections.

Au cours de thrombopénies, G. et O. ont administré de l'acide ascorbique par voie intraveineuse; cependant, les quantités éliminées n'augmentèrent point. Ils ne constatèrent cette augmentation que lorsque l'affection évoluait d'une façon favorable, et seulement au moment de la convalescence. Il en fut de même en cas de scorbut et de diphtérie maligne. Ces auteurs ont constaté en même temps une heureuse influence des injections d'acide ascorbique dans les syndromes hémorragipares. Cependant, ils font remarquer qu'ils n'observèrent pas d'augmentation du nombre des hématoblastes dans ces cas. Enfin, ce traitement se révéla sans aucun effet devant une hémophilie et un purpura.

Guy Hausser.

ZEITSCHRIFT FUR HALS-, NASEN- UND OHRENHEILKUNDE
(Munich)

L. B. Seiferth (Cologne). ***De l'action de la quinine sur l'organe de l'ouïe et sur l'appareil vestibulaire; contribution à l'étude expérimentale du nystagmus d'attitude*** (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, t. **37**, fasc. **5**, 14 Septembre 1935, p. 367-388). — Chez le chien,

les injections de quinine à dose toxique, même à dose mortelle, ne détermineraient dans les terminaisons nerveuses aucune lésion histologique appréciable. Les altérations diverses que S. a pu constater chez les 13 chiens soumis à son expérience ne sont pas, à son avis, d'ordre pathologique.

Quand on administre au lapin par la bouche à l'aide d'une sonde de Nélaton en une fois de 2 à 4 gr. de chlorhydrate de quinine, on observe des phénomènes très graves d'intoxication. Ces phénomènes consistent essentiellement en paralysie des membres et en troubles de la respiration. Si, dans ces conditions, on recherche le nystagmus calorique et le post-nystagmus, on constate qu'ils sont l'un et l'autre absolument normaux. Mais si l'on déplace, alors, en totalité, l'animal amarré sur la planche d'expérience, on voit apparaître un nystagmus d'attitude qui est généralement mixte; le plus souvent, il y a une composante verticale qui prédomine. Pour déclencher ce nystagmus d'attitude, il faut, dans la moitié des cas environ, sensibiliser le sujet en quelque sorte par une première injection, préparante, qui, elle, ne détermine cependant aucun nystagmus.

Etant donné que, dans ces expériences, l'appareil labyrinthique est indemne — le nystagmus calorique et le post-nystagmus le démontrent —, on doit penser que le nystagmus d'attitude reconnaît pour cause une action de la quinine sur les centres nerveux, action qui s'exerce vraisemblablement au niveau des noyaux vestibulaires.

Francis Munch.

S. Krepuska (Budapest). ***Sur un signe particulier provoqué en cas de tumeurs de la protubérance par l'épreuve calorique du vestibulaire*** (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, t. **37**, fasc. 5, 14 Septembre 1935, p. 414-424). — A l'occasion de l'examen otologique de 3 cas de tumeur de la protubérance, K. a observé un signe susceptible de déceler des paralysies jusqu'alors latentes du globe oculaire. Recherchant, en effet, le nystagmus calorique en irriguant le conduit auditif avec 10 cmc d'une eau tempérée à 20°, il vit apparaître une paralysie oculaire qui persista de 3 à 5 minutes. Le globe oculaire conservait sa mobilité du côté de l'oreille irriguée, mais le regard ne pouvait dépasser la position médiane. Cette paralysie s'accompagnait de l'abolition complète du nystagmus.

Un cas relevé par K. fut soumis à vérification anatomique. Il s'agissait d'un tubercule solitaire de la protubérance ayant atteint le volume d'un œuf. L'examen des coupes en série montra que la paralysie oculaire, décrite par K., ne reconnaissait pas pour cause une lésion du nerf moteur oculaire externe, mais qu'il existait une altération du noyau de ce nerf ainsi que du noyau du moteur oculaire commun; une atteinte du faisceau longitudinal postérieur paraît également avoir joué un certain rôle dans la pathogénie du signe décrit par K.

Francis Munch.

B. Langenbeck (Leipzig). ***La loi de symétrie dans la surdité héréditaire*** (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, t. **39**, fasc. 2, 22 Janvier 1936, p. 223-261). — On sait qu'en Allemagne une loi a été étudiée naguère en vertu de laquelle une décision de justice peut prescrire la stérilisation des individus susceptibles de transmettre à leurs descendants une maladie héréditaire dont ils sont eux-mêmes atteints. Ces jugements sont précédés d'expertises, et lorsqu'il s'est agi de surdité, les otologistes interrogés se sont trouvés plus d'une fois dans l'embarras pour émettre un avis motivé.

Encore qu'en médecine il n'existe que des règles — lesquelles sont sujettes à exception comme toutes les règles —, L. a cru pouvoir énoncer pour la surdité héréditaire une véritable *loi* qu'il a dénommée la *loi de symétrie*. Lorsque, en effet, on étudie l'échelle des sons à l'aide d'un acoumètre électrique, on peut consigner les résultats de son examen dans une courbe; celle-ci est identique pour les deux oreilles, droite et gauche, d'un même sujet, si celui-ci a une audition normale. Il y a, au contraire, discordance entre les deux courbes, lorsque la surdité est acquise; il en est, d'ailleurs, de même pour la sclérose otique que l'on a cependant tendance à classer dans les surdités familiales.

Au contraire, lorsqu'il s'agit de surdité héréditaire ou de surdi-mutité, L. estime que les tracés, obtenus avec les deux oreilles, sont rigoureusement superposables. C'est de cette constatation que L. fait sa *loi de symétrie*. Il estime que celle-ci fournit un critérium absolu qui permet à l'expert de décider si, dans le cas soumis à son appréciation, il s'agit ou non d'une affection héréditaire, avec les conséquences qu'entraîne l'avis ainsi émis pour le sourd ou sourd-muet en question.

Ayant réuni 61 sourds-muets chez lesquels la notion d'hérédité ne paraissait pas contestable, il a d'abord noté l'intégrité de l'appareil d'équilibration. Au point de vue de l'audition, il distingue trois groupes différents. Pour la majorité des malades, la courbe construite avec les reliquats auditifs qu'ils ont conservés est exactement superposable pour les deux oreilles. Un deuxième groupe, moins nombreux, comprend des malades sans aucun reste auditif. Dans une troisième catégorie, il range quelques patients chez lesquels il y a discordance entre les deux courbes pour la partie basse ou moyenne de l'échelle, mais où la limite supérieure des sons se trouve exactement au même niveau pour les deux oreilles.

Ainsi se trouverait justifiée la *loi de symétrie* édictée par L. pour la surdité héréditaire.

Francis Munch.

ZENTRALBLATT für CHIRURGIE (Leipzig)

Wassmund (Berlin). ***Un nouveau traitement efficace de l'actinomycose par l'iod-iontophorèse*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. **62**, n° 46, 16 Novembre 1935, p. 2719-2731). — W. n'a pas été satisfait de la radiothérapie dans l'actinomycose. Il lui reproche sa lenteur et la nécessité de séries successives de traitements qui peuvent s'espacer sur un an et plus, l'inconstance des guérisons durables. Sous l'influence des rayons, on observe parfois une exacerbation et une extension des lésions, des suppurations étendues du foyer nécessitant des incisions multiples et laissant des fistules interminables; lorsque la cicatrisation se produit, elle entraîne des rétractions, des déformations disgracieuses, parfois une véritable atrophie de la région atteinte. La radiothérapie détermine enfin des séquelles désagréables du côté de la peau, du cuir chevelu (alopécie) et des muqueuses.

W. a donc cherché un autre mode de traitement de l'actinomycose et croit l'avoir trouvé dans l'*iod-iontophorèse*, qui lui a donné, jusqu'à présent, des guérisons constantes et rapides (3 ou 4 mois pour des lésions très étendues et qui avaient résisté à la radiothérapie).

Technique: La région malade est recouverte d'une compresse épaisse imbibée d'une solution d'iodure de potassium à 1,5 pour 100 et dans laquelle on a placé une électrode. L'autre électrode, mesurant 14 cm. sur 7, est appliquée dans une région assez proche (cou, nuque, épaule). On fait passer un courant galvanique, le pôle négatif correspondant à la région malade. L'intensité du courant est de 2 ou 3 milli-ampères, quelquefois de 3 ou 4, pour la face; elle peut être portée à 10 pour les autres régions. Chaque séance dure 10 minutes, et l'on en fait une tous les deux ou trois jours; le traitement complet comporte habituellement 30 à 40 séances.

Ch. Lenormant.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Monald Munro et **Houston Merritt**. ***Pathologie chirurgicale des hématomes sous-duraux basée sur une étude de 105 cas*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **35**, n° 1, Janvier 1936, p. 64-79). — La conception de l'hématome solide sous-dural chronique, considéré comme une entité morbide, doit être actuellement abandonnée et cet hématome doit être considéré comme une simple étape évolutive d'un processus morbide méconnu jusque-là.

Cette conception relève de l'étude des hématomes sous-duraux à leurs diverses périodes, de l'étude chimique de leur contenu et de leur examen histologique.

M. et M. distinguent 3 types d'hématomes sous-duraux. Les hématomes sous-duraux solides représentant des lésions qui ne sont plus susceptibles de progresser. Ils restent souvent méconnus pendant des années, et se sont développés depuis un minimum de 2 à 4 mois.

Les hématomes sous-duraux mixtes, à la fois solides et liquides. Ils sont susceptibles de progresser pendant 3 mois, après quoi ils n'augmentent plus. Leur augmentation de volume et la diminution de leur contenu en protéine sont liées à la désintégration des grosses molécules protéiniques par suite de la pénétration du liquide céphalo-rachidien par dialyse dans l'hématome. Ils peuvent rester méconnus des années, et réalisent un tableau clinique comparable à celui des névroses post-traumatiques.

Les hématomes sous-duraux liquides peuvent également augmenter de volume à leur début par le même mécanisme que les précédents, et s'en rapprochent également par leurs symptômes.

H. Schaeffer.

Robert Fleming et **Elmer Stotz**. ***Etude expérimentale sur l'alcoolisme; le contenu en alcool du sang et du liquide céphalo-rachidien après injection intraveineuse d'alcool chez les alcooliques chroniques et dans les psychoses*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **35**, n° 1, Janvier 1936, p. 117-124). — Des injections intraveineuses d'alcool absolu à la dose de 0 cmc 6 par kilogramme de poids furent faites chez 28 sujets, dont 6 schizophrènes, 7 syphilis nerveuses, 4 psychoses alcooliques, 2 névropathes et 7 sujets sans troubles mentaux. Pendant une période de trois heures le contenu du sang et du liquide céphalo-rachidien a été recherché et porté sur des graphiques.

Les sujets soumis à l'épreuve ont été divisés en 3 catégories, les grands buveurs, les buveurs modérés et les abstinents.

L'alcool disparaît du sang avec la même rapidité chez ces 3 catégories de sujets.

La concentration en alcool atteint et maintient un niveau un peu plus élevé dans le liquide céphalo-rachidien des abstinents que dans celui des buveurs, encore que la signification du fait soit douteuse.

Il n'existe pas de rapport apparent entre le tableau clinique et la forme des courbes.

Ces résultats sont différents de ceux que l'on obtient quand l'alcool est pris par la bouche. Dans ces cas en effet, F. et S. ont montré que chez les grands buveurs le contenu en alcool du sang et du liquide céphalo-rachidien augmente plus rapidement, atteint un niveau plus élevé, et s'abaisse plus brusquement que chez les abstinents. Les buveurs modérés tiennent une place intermédiaire entre les précédents.

H. Schaeffer.


TRAITEMENT RATIONNEL ET PRATIQUE DES MALADIES
& AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES
VOIE STOMACALE
BIS-KA-MA
BISMUTH KAOLIN COLLOIDAL MAGNÉS
MUCILAGE VÉGÉTAL
Marque Dépos
POUDRE
CONSTIPATION: UNE CUILLER A SOUPE LE MATIN A JEUN DANS UN VERRE D'EAU
ESTOMAC: UNE CUILLER A CAFÉ DANS UN PEU D'EAU AVANT OU APRÈS LES REPAS
BIS-KA-MA DRAGÉES MÊMES PRINCIPES ACTIFS QUE BIS-KA-MA POUDRE
BIS-KA-MA DRAGÉES
MODE D'EMPLOI: SUCER LENTEMENT 1 A 4 DRAGÉES AU MOMENT DES DOULEURS DES BRULURES DES MALAISES
BIS-KA-MA
SITSA
Laboratoires
du Dr Pierre ROLLAND
et DURET et RÉMY réunis
15, Rue des Champs,
Asnières (Seine)
VOIE RECTALE
GRANULÉ MUCILAGINEUX
A ÉMULSIONNER DANS L'EAU POUR LA PRÉPARATION DU LAVEMENT PANSEMENT RECTO-COLIQUE BIS-KA-MA
BIS-KA-MA
PANSEMENT RECTO-COLIQUE
UNE MESURE DANS 75cc D'EAU TIÈDE OU 2 MESURES DANS 150cc SUIVANT INDICATIONS DU MÉDECIN
BIS-KA-MA
SUPPOSITOIRE
ADULTES - 1-2 SUPPOSITOIRES PAR 24 HEURES SAUF AVIS CONTRAIRE DU MEDECIN

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

W. O. Thompson, S. G. Taylor, P. K. Thompson, S. B. Nadler et **N. Dickie.** ***Action calorigène des extraits de lobe antérieur de l'hypophyse sur l'homme*** (*Endocrinology*, t. **20**, n° **1**, Janvier 1936, p. 55-64). — L'administration d'extrait d'antéhypophyse par voie parentérale à l'animal détermine de façon passagère une hyperplasie de la thyroïde, une diminution de la teneur en iode de cette glande, une augmentation de l'iode organique du sang, de la tachycardie, de l'exophtalmie et une augmentation du taux du métabolisme basal. Ces phénomènes ne se produisent pas chez les animaux thyroïdectomisés. Jusqu'ici l'action calorigène des extraits hypophysaires n'avait guère été éprouvée chez l'homme. T., T., T., N. et D. ont injecté sous la peau de 59 sujets divers extraits antéhypophysaires contenant le principe thyréotrope.

Ils ont observé une augmentation du métabolisme basal dans tous les groupes de sujets possédant du tissu thyroïdien capable de fonctionner. Ils n'ont pas noté d'augmentation chez 4 malades atteints de myxœdème accusé; mais chez les patients présentant un degré léger ou modéré d'hypothyroïdie, le taux du métabolisme put être accru jusqu'à la normale. Chez les sujets porteurs de goitres non toxiques ils ont vu apparaître des phénomènes toxiques et les malades atteints de goitre exophtalmique virent leur état s'aggraver.

L'augmentation du métabolisme basal fut toujours passagère en dépit de la prolongation des injections, le taux du métabolisme revenant à son niveau primitif ou même à un niveau inférieur à celui qui existait avant les injections. Une seconde série d'injections ne réussit pas le plus souvent à produire une augmentation du métabolisme. Par contre, la thyroxine et la poudre de thyroïde produisirent un effet calorigène très net chez les patients devenus réfractaires aux extraits hypophysaires.

En ce qui concerne particulièrement l'effet de ces extraits dans le goitre exophtalmique, il faut noter que chez 6 basedowiens sur 11 la maladie s'aggrava, au point que les injections durent être cessées chez 5 malades. Chez 3 basedowiens le métabolisme, après une ascension initiale, tomba à un niveau plus bas qu'auparavant; chez un malade dont le métabolisme était stationnaire depuis longtemps sous l'influence du traitement iodé, on ne constata pas d'augmentation initiale, mais le métabolisme commença à s'abaisser jusqu'au taux normal bientôt après le début des injections.

Ces observations montrent que dans les troubles thyroïdiens, le rôle possible de l'hypophyse doit être pris en considération. Il se peut que des troubles regardés comme purement thyroïdiens soient causés en réalité par un défaut de stimulation convenable ou une stimulation exagérée de la thyroïde.

P.-L. Marie.

NEW-YORK STATE JOURNAL
OF MEDICINE

A. Goldman, A. Stern et **J. Lapin.** ***Traitement des testicules ectopiés par le principe hypophysaire antérieur des urines de femmes enceintes*** (*New-York State Journal of Medicine*, t. **36**, n° **1**, 1er Janvier 1936, p. 15-19). — 11 garçons entre 9 et 23 ans (9 entre 11 et 15, 1 de 9 ans et 1 de 23 ans), atteints d'ectopie testiculaire vraie (les cas de testicules à l'anneau étant écartés), ont été traités pendant 2 à 12 mois par des injections d'hormones hypophysaires antérieures (prolan A et B) extraites des urines de femmes enceintes et dosées à 125 unités-rats par centimètre cube. Certains enfants recevant 1 à 3 injections quotidiennes, d'autres 2 à 3 par semaine; le total injecté variant de 1.800 à 14.000 unités-rats. Chez 10 de ces sujets, l'augmentation de volume des testicules et leur descente dans le scrotum fut obtenu. L'échec concerne le garçon de 23 ans qui avait un testicule gauche complètement abdominal.

Des modifications morphologiques vers le type masculin survinrent chez 5 des 7 sujets considérés comme type Fröhlich. Chez 4 enfants, les organes génitaux externes étaient peu développés; tous présentèrent une augmentation du pénis et du scrotum allant jusqu'à la normale.

9 ans semble être l'âge le plus précoce où l'on doive commencer le traitement et il semble préférable de ne pas attendre au-dessus de 13 ans.

Les injections ne semblent pas causer de réaction et, cependant, les doses trop élevées produisent parfois un gonflement pénible des testicules. La dose moyenne utilisée a été de 250 unités-rats.

Le danger peut être une maturité sexuelle précoce comme on l'a vu se développer dans un cas.

Robert Clément.

SURGERY
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
(Chicago)

H. C. Taylor (New-York). ***Relations de la mastite chronique avec certaines hormones de l'ovaire et de la pituitaire et avec les lésions gynécologiques. I. Considérations théoriques et étude histologique*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **62**, n° **2**, Février 1936, p. 129-149. 16 fig.). — L'hormone folliculaire est le premier agent qui produise la croissance de la glande mammaire. Son efficacité peut être limitée au seul développement du système canaliculaire. A forte dose elle peut provoquer la production d'une petite quantité de lait dans certaines espèces animales. Sa disparition subite provoque aussi apparemment une légère sécrétion lactée, soit par action directe, soit par libération de l'activité pituitaire.

Une augmentation soudaine de folliculine au cours d'une lactation active peut réduire la sécrétion lactée, soit par action substitutive sur le fonctionnement de la glande, soit par diminution d'action de la pituitaire.

Le corps jaune n'a chez l'homme qu'une influence indéterminée sur le sein, tandis que dans certaines espèces animales, il augmente le degré de développement provoqué par l'excitation de l'hormone folliculaire, aboutissant à la formation de lobules et d'acini.

L'antéhypophyse, probablement grâce à une hormone spécifique lactogénique, joue incontestablement un rôle dans le développement des parties glandulaires actives de la mamelle et dans le maintien de la fonction de lactation.

Rosenburg a décrit un véritable cycle menstruel dans le sein avec prolifération épithéliale générale prémenstruelle et régression postmenstruelle.

Les recherches de Taylor ne confirment pas cette description.

Il existe simplement une hyperémie prémenstruelle du sein, caractérisée par des modifications de volume et de poids du sein et par une coloration plus sombre de l'aréole. Anatomiquement, les lobules de la glande sont plus distincts et il y a des modifications des caractères du tissu conjonctif intralobulaire.

Le sein douloureux dans sa forme la plus simple se révèle par une exagération des modifications vasculaires prémenstruelles. Mais il est inexact qu'il y ait une prolifération épithéliale exagérée provoquant le gonflement du sein et une distension des canaux par les cellules desquamées, cause de la douleur.

Dans les formes légères du sein douloureux, au microscope, la structure paraît presque normale ou ne montre qu'un œdème exagéré du tissu conjonctif intralobulaire. Dans les formes plus sérieuses, avec nodosités mammaires, on trouve une prolifération épithéliale et un développement irrégulier du tissu fibreux.

Dans les cas où il y a un écoulement par le mamelon, on trouve des lésions variables: dilatation des canaux, stase, inflammation catarrhale avec, fréquemment, sécrétion, hyperplasie épithéliale, sclérose et infiltration à cellules rondes du tissu conjonctif.

M Guibé.

LOS PROGRESOS DE LA CLINICA
(Madrid)

Sanchis Perpina. ***Varices et système nerveux sympathique*** (*Los Progresos de la clinica*, t. **23**, n° 10, Octobre 1935, p. 657-668). — Les sympathicectomies artérielles retentissent sur le tonus veineux et peuvent améliorer les ulcères variqueux.

Les ganglions sympathiques des variqueux sont atrophiés, leurs neurones raréfiés.

Expérimentalement, l'excitation des ganglions *rétrécit* le calibre de l'*artère* et *dilate* celui de la *veine*. S. P. a étudié les veines superficielles et les veines profondes (saphène et fémorale), au niveau du triangle de Scarpa, à travers lequel il atteignait les ganglions de la chaîne lombaire.

Les varices relèvent soit d'affections tronculaires veineuses, soit de troubles trophiques étendus, soit d'une dyscrasie générale.

S. P. recommande l'extirpation du *dernier ganglion sympathique lombaire*. Il précise la technique opératoire avec laquelle il a obtenu 5 guérisons totales.

G. d'Heucqueville.

F. Solervicens, R. Alemany et **M. Gonzalez Ribas.** ***Un cas d'asthme bronchial avec autopsie*** (*Los Progresos de la clinica*, t. **23**, n° 10, Octobre 1935, p. 701-707). — Observation d'une malade de 50 ans, asthmatique ancienne, ayant subi divers traitements de désensibilisation, puis la résection des cellules ethmoïdales, qui vient mourir à l'hôpital au cours d'une violente crise d'asthme.

A l'autopsie, on trouve le cœur petit et, à droite, des adhérences pleurales et un exsudat bronchique purulent. L'examen microscopique des bronches montre surtout une hypertrophie de la tunique musculeuse.

S., A et G. R. comparent cette observation aux 50 observations publiées dans la littérature.

Les asthmes infectieux (15 cas avec l'observation rapportée) donnent la plus lourde mortalité. La mort survient en *pleine attaque*, après une longue période de cachexie.

G. d'Heucqueville.

GIORNALE ITALIANO
DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA
(Milan)

Pighini et **Santoni.** ***L'hypophyse antérieure et la peau*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. **76**, fasc. 6, Décembre 1935, p. 1393-1408). — L'expérimentation chez l'animal et la thérapeutique chez l'homme s'accordent à démontrer que l'hormone anthypophysaire exerce une action très nette sur le développement de la peau.

C'est ainsi qu'après l'injection sous-cutanée ou intramusculaire d'une émulsion de l'anthypophyse du bœuf, on note une repousse du plumage de la poule, du poil rasé chez le lapin, le rat, un rajeunissement du poil des vieux animaux (chien).

Chez l'homme, P. et S. ont traité par les injections du lobe antérieur de l'hypophyse 3 cas d'acné vulgaire, 1 acné rosacée, 4 calvities précoces et 5 pelades.


GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME . BRONCHITES
CONVALESCENCES
15 à 20 GOUTTES matin & soir
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS 1 cuiller matin et soir
Echantillons & littérature : LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ RENNES (France)

Pour l'*acné vulgaire*, ils obtinrent avec 40 à 50 injections un résultat brillant, et 2 améliorations avec persistance de quelques folliculites.

Le cas d'*acné rosacée* guérit radicalement avec 50 injections.

Chez 2 malades de 25 à 30 ans, atteints de *calvitie précoce*, la séborrhée disparut et la chute des cheveux s'arrêta. Par contre, aucun résultat ne fut obtenu chez 2 sujets de 40 à 50 ans.

Sur 6 cas de *pelade*, un résultat favorable fut obtenu dans 5 cas; la repousse commença vers la 50e injection; mais il faut ordinairement 90 à 100 injections.

R. Burnier.

NORSK MAGASIN FOR LÆGEVIDENSKAPEN (Oslo)

P. Bull (Oslo). ***Expérience clinique sur l'hypernéphrome 1913-33 fondée sur 37 hypernéphromes du rein et un hypernéphrome du foie*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, n° 1, Janvier 1936, 112 p., 30 fig.). — En 20 ans, B. a observé 37 cas d'hypernéphrome dont 16 chez la femme. De plus, il a observé un hypernéphrome primitif du lobe droit du foie chez une femme de 39 ans.

Il en étudie avec soin la séméiologie. Les pyélogrammes furent positifs dans 21 cas, douteux dans 1 cas et négatifs dans 2 cas. La pyélographie est absolument nécessaire dans tous les cas d'hématurie de nature douteuse ou d'origine sûrement rénale.

Sur 37 malades, 26 ont subi une néphrectomie. Il y a eu 2 morts (7,7 pour 100), 1 par urémie, 1 par embolie. De plus une femme atteinte d'hypernéphrome avec pyonéphrose a succombé 15 heures après une pyélographie au bromure de sodium à 25 pour 100. Il a été fait 20 néphrectomies extra-péritonéales et 6 transpéritonéales. Roentgenthérapie et curiethérapie, employées plusieurs fois, ne donnèrent aucun résultat.

Abstraction faite des deux morts immédiates, sur 22 malades opérés, 11 ont vécu plus de 3 ans: 5 sont encore sans récidive au bout de 13, 12, 8, 8 et 3 ans et demi; 2 sont morts sans récidive au bout de 4 ans et demi et 7 ans; 3 sont morts de récidive au bout de 4,4 et 6 ans 3/4; 1 est en récidive, mais vit encore après 12 ans. Ainsi 31,8 pour 100 des cas qui ont survécu à l'opération sont restés sans récidive.

13 malades sont morts de récidive 2 mois 3/4 à 6 ans 3/4 après l'opération, en moyenne 2 ans après l'opération et 3 ans après l'apparition du premier symptôme.

Les malades non opérés ont survécu de 1 à 3 ans 1/2 (en moyenne 2 ans), après le premier symptôme.

Aucun des malades qui ont échappé à la récidive n'avait de tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant. Les 5 malades qui avaient une thrombose de la veine cave ou de la veine rénale sont morts de métastases. Les hypernéphromes atypiques ont un pire pronostic que les typiques. Les hypernéphromes avec kystes sanglants ont un meilleur pronostic que les hypernéphromes massifs. Les métastases ganglionnaires le long des vaisseaux rénaux ne sont pas d'un pronostic absolument mauvais.

G. Wolfromm.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

P. E. M. Teenstra. ***Le traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinique*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 80, n° 1, 4 Janvier 1936, p. 17-24). — Après avoir rappelé la méthode du choc insulinique utilisée par Sakel (Vienne), d'abord chez les intoxiqués (alcooliques, morphinomanes, cocaïnomanes), puis chez les schizophréniques, T. expose d'une façon détaillée les symptômes du choc (sueurs profuses et visqueuses, somnolence et coma, parfois accès d'inquiétude et enfin aréflexie totale, hypotonie musculaire, convulsions toniques et cloniques), puis ses complications: accès de faiblesse du cœur pouvant aller jusqu'à un collapsus dangereux; accès brusques d'épilepsie; spasmes des cordes vocales; accès d'excitation par fringale et le moyen efficace de les combattre. Ce moyen consiste à injecter dans les muscles 0,5 à 1 cmc d'adrénaline et, dans les veines, une solution de glucose.

Ces complications doivent, en outre, être prévenues en surveillant la fréquence et la qualité du pouls et de la respiration. Une accélération brusque du pouls peut, en effet, permettre de faire prévoir une insuffisance aiguë du cœur ou l'approche d'un accès d'épilepsie. Parmi les phénomènes psychiques observés, on constate une « activation de la psychose », état dans lequel le malade, sous l'influence de l'insuline, présente, sous forme aiguë, un tableau psychique de sa maladie, associé à des éléments maniaques ou hystériformes. La pression du sang ne donne aucune indication relative à ces complications. La glycémie n'a aucun rapport avec l'importance du choc insulinique.

Les rémissions, qui, d'après Sakel, s'observeraient dans 88 pour 100 des cas traités par le choc insulinique, sont très remarquables, étant donné que la schizophrénie a un pronostic assez sombre et que les bonnes rémissions spontanées ne s'observent que dans un petit pourcentage des cas. On est donc dans l'obligation, d'après T., de recourir dans cette maladie à des méthodes susceptibles de donner des résultats. C'est ce qui a amené T. à s'adresser au choc insulinique et les premiers résultats qu'il a obtenus ainsi sont assez encourageants pour qu'il croie devoir donner quelques détails sur une observation.

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui entre pour un accès aigu de schizophrénie typique. Ce premier accès passe, mais il est suivi de 6 autres. Dès les prodromes du 7e accès, on commença à lui administrer de l'insuline selon la méthode Sakel. Ce traitement a eu des effets favorables d'abord parce que ce nouvel accès a eu une évolution plus douce que les précédents et n'a pas nécessité, comme eux, l'isolement. De plus, l'apparition de l'accès suivant a été retardée de plus de 2 mois.

P.-E. Morhardt.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE POLONAISE DES SCIENCES ET DES LETTRES (Varsovie)

K. Lewkowicz. ***Toutes les méningites générales, idiopathiques — partant les méningites épidémiques, purulentes simples et tuberculeuses — sont plexogènes*** (*Bulletin de l'Académie polonaise des sciences et des lettres*, nos 3-4, 1935, p. 69-88). — Se basant sur l'examen des préparations provenant de 2 cas très précoces de méningite épidémique, puis sur quelques cas de méningite purulente simple, enfin sur les lésions constatées dans un cas de méningite tuberculeuse, L. arrive aux conclusions suivantes: Les méningites générales, idiopathiques, c'est-à-dire les méningites se développant par suite de la dissémination des microbes par voie sanguine, sont la conséquence de l'évolution dans les plexus choroïdes de petits foyers métastatiques s'ouvrant ensuite dans la lumière des ventricules et ensemençant ainsi les microbes dans le liquide céphalo-rachidien qui les emporte et les dissémine dans l'espace sous-arachnoïdien. Entrent avant tout en ligne de compte les foyers métastatiques se formant comme thrombus infectieux de petits vaisseaux dans les villosités et pouvant s'ouvrir presque immédiatement après leur formation. Des foyers issus de petits vaisseaux de la base des plexus sont beaucoup moins nombreux et leur ouverture dans les ventricules survient alors relativement tard. La source principale de l'ensemencement des bacilles dans la méningite tuberculeuse gît dans les tubercules des villosités qui subissent une désintégration très rapide pendant laquelle on voit se détacher du tubercule, non seulement des lambeaux de son tissu, mais encore des cellules géantes tout entières. Dans cette pathogénie des méningites, il devient tout à fait superflu d'admettre ou une susceptibilité spéciale des méninges pour l'infection ou une affinité élective de microbes pour les méninges.

Fribourg-Blanc.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

K. Lunding. ***Symptomatologie des formations diverticulaires du côlon; étude spéciale du taux de la catalase fécale*** (*Acta medica Scandinavica*. Suppl. 72, 1935, 286 p.). — Cette monographie, richement documentée, est basée sur l'étude de 103 cas de diverticules bien développés du côlon observés en l'espace de 13 ans; en outre, L. apporte 4 cas au stade prédiverticulaire. Il a trouvé des diverticules chez 4 pour 100 des sujets dont le côlon a été examiné radiologiquement. Exceptionnels avant 40 ans, ils se rencontrent le plus souvent entre 60 et 80 ans. Ils siègent d'ordinaire sur le sigmoïde et ils se rencontraient exclusivement sur ce dernier dans 69 pour 100 des cas. Dans les autres cas, ils existaient à la fois sur le sigmoïde et sur le côlon descendant. Rarement uniques, on en trouve d'ordinaire 4 à 10, mais leur nombre peut atteindre la centaine. Les dimensions de l'ombre diverticulaire varient beaucoup, allant d'un grain de riz à une noisette.

Radiologiquement, on observe du spasme de la paroi intestinale dans 75 pour 100 des cas, des modifications inflammatoires de la muqueuse dans 53 pour 100 des cas et de la rigidité de la paroi dans 11 pour 100. Dans aucun cas, L. n'a constaté de modifications de la muqueuse indiquant une transformation cancéreuse au niveau du diverticule.

La symptomatologie est très variable. Après avoir décrit les symptômes du stade prédiverticulaire où domine la constipation, s'accompagnant de pesanteur et de sensibilité dans la fosse iliaque gauche, parfois de dysurie et de symptômes de pseudo-occlusion, L. distingue trois catégories de faits: 1° Les diverticules sans symptômes inflammatoires (diverticulose) dont le diagnostic se fait radiologiquement; 2° les diverticules avec phénomènes inflammatoires légers ou modérés, localisés principalement à la muqueuse (colite diverticulaire), se traduisant par des symptômes très variés où prédominent la constipation ou la diarrhée, les coliques, les nausées et les vomissements, la douleur dans la fosse iliaque gauche; 3° les diverticules s'accompagnant d'altérations avancées (diverticulite), le tableau étant alors dominé par le développement d'une masse palpable dans l'abdomen, la production d'abcès, la péritonite localisée ou généralisée, la formation de fistules communiquant avec les organes voisins.

L. a étudié particulièrement la valeur de l'épreuve de la catalase fécale dans le diagnostic de la diverticulite. Il a employé la technique de Norgaard (mise en présence de filtrat fécal et d'eau oxygénée dans le pyomètre de Norgaard); souvent aussi il a opéré directement sur les selles. Il a vu que la quantité d'oxygène libéré est proportionnelle au degré de l'inflammation. Il n'a pas constaté de différence marquée dans les résultats chez les sujets normaux, que les fèces donnent ou non une réaction positive à la benzidine (présence de sang). Par contre, quand il existe un diverticule enflammé, on trouve des taux de catalase élevés, que la réac-

tion à la benzidine soit positive ou non. Au stade prédiverticulaire le taux de la catalase fécale présente déjà une augmentation appréciable; en présence de diverticules manifestes, il s'élève notablement. L. établit que les trois quarts des sujets présentant des diverticules du côlon ont des taux de catalase dépassant la marge de variabilité des sujets normaux. Cette épreuve permet donc d'étayer le diagnostic et indique que le processus inflammatoire doit être l'objet d'un traitement.

Parmi ces 103 cas de diverticules du côlon, 26 pour 100 ont succombé après 7 ans d'observation au maximum. Dans un seul cas la mort fut la conséquence directe du diverticule (pelvi-péritonite survenue 5 ans après la constatation d'une tumeur palpable de la fosse iliaque gauche).

P.-L. Marie.

ACTA RADIOLOGICA
(Stockholm)

Erik Lysholm, B. Ebenius, H. Sahlstedt. ***Le ventriculogramme*** (*Acta Radiologica*, Supplément **24,** 1935). — La première partie du travail qui fait l'objet de ce supplément est consacrée à la *technique* proprement dite.

Elle comporte tout d'abord une courte *étude anatomique des ventricules cérébraux* qu'illustrent plusieurs figures et à laquelle fait suite la description radiologique du *ventriculogramme normal* que complètent des radiographies, toutes accompagnées d'un schéma, ainsi qu'un exposé de la *ventriculographie gazeuse* qui a pour but de localiser une tumeur, d'en apprécier l'extension et d'en rechercher la nature.

Mais la partie la plus importante de ce volume est consacrée à la *technique radiographique* proprement dite en vue d'obtenir les images des ventricules latéraux, de la partie antérieure et du plancher du 3e ventricule, de la partie postérieure, du toit du 3e ventricule, de l'aqueduc et du 4e ventricule.

L., E. et S. exposent les règles générales de la technique, l'appareillage qu'ils utilisent, et décrivent ensuite, avec figures à l'appui, les multiples positions auxquelles il peut être nécessaire de recourir en indiquant les principales données radiographiques. C'est ainsi qu'ils citent 12 positions que nous ne ferons que mentionner: sagittale, la tête reposant horizontalement sur le film; sagittale demi-axiale postéro-antérieure, la tête dans la même situation; de profil postérieure; de profil axiale; sagittale en position frontale de la tête sur le film; sagittale demi-axiale postéro-antérieure, la tête dans la même situation; de profil, le front sur le film; de profil en position fléchie de la tête, le front sur le film; sagittale demi-axiale en position fléchie, front sur le film; de profil droit et gauche; sagittale, le sujet étant assis; latérale, en position assise.

Le dernier chapitre enfin concerne la *ventriculographie à l'aide d'huile iodée* où L., E. et S. utilisent des positions différentes de celles énumérées plus haut, tant assises que couchées, et notamment la position menton-vertex-plaque.

Une importante bibliographie et une riche illustration contribuent à faciliter la connaissance d'un procédé d'examen dont les applications tendent à être tous les jours plus nombreuses.

Morel Kahn.

Folke Knutsson. ***L'urétrographie*** (*Acta Radiologica*, Supplément **28,** 1935). — Cet important mémoire, consacré à l'étude radiologique de l'urètre et de la prostate à l'aide de produits de contraste, est basé sur 154 observations recueillies sur des malades hommes à l'Hôpital Maria de Stockholm, de 1929 à 1935, par urétrographie rétrograde.

Dans ce travail, la part capitale concerne les *rapports entre l'anatomie et la radiologie*, tant au point de vue normal qu'au point de vue pathologique.

L'emploi de produits de contraste permet, en effet, de reconnaître aussi bien la morphologie du canal que constitue l'urètre que ses reliefs dans toutes ses parties.

Un aperçu historique rappelle les données concernant l'étude radiologique de l'urètre, tant par miction que par injection, ainsi que les avantages et inconvénients de ces procédés. Après avoir décrit sa *technique* personnelle (pince-pénis avec seringue à injection, huile iodée, incidences variées de la radiographie), K. décrit *l'aspect radiologique normal* (33 cas): canal à contours nets, lisses, calibre sensiblement égal de la portion antérieure, absence de remplissage des glandes de Littré, de Cooper et des lacunes de Morgagni, localisation de l'orifice de la vessie, que celle-ci soit vide (opacité localisée) ou renferme du liquide (mince filet opaque vésical).

K., dans 8 cas, a pu étudier la motilité de la portion postérieure et le pouvoir du réflexe de contraction qui ne laisse qu'une mince couche de substance opaque sur la muqueuse où fait saillie le *veru montanum* dont l'absence de visibilité traduit un trouble de la motilité.

Dans 4 cas, K. a observé un réflexe urétéro-vasculaire, différent du réflexe urétéro-veineux.

Au point de vue pathologique, K. signale:

1° *Les lésions inflammatoires non tuberculeuses de l'urètre et de la prostate* (75 cas) où il a pu observer: un aspect crénelé et lacunaire des parois et un rétrécissement diffus du canal en cas de séquelles d'urétrite; des rétrécissements (65 cas dont 53 avec blennorragie antérieure), qui peuvent être valvulaires, en général multiples, sur tout le trajet de l'urètre, ou cylindriques, uniques, siégeant surtout dans la portion bulbaire.

L'injection des canaux prostatiques est un signe de prostatite chronique que K. a observé dans 26 cas (dont 20 avec blennorragie antérieure).

K. a relevé 23 cas d'injection des canaux paraurétraux, 6 cas de fistules externes, 6 cas (sur 68) où le relief du *veru montanum* manquait (séquelle d'urétrite, de rétrécissement ou de prostatite) alors que la motilité de la partie prostatique est généralement conservée; 6 cas d'atrophie de la prostate ont été observés avec des aspects radiologiques variables. K. a également relevé 3 cas de rétrécissements traumatiques (dont il discute le diagnostic différentiel), 4 cas de tuberculose urétrale ou prostatique.

2° *L'hypertrophie de la prostate* qu'il a étudiée au point de vue de l'évolution et dont il a observé 25 cas (dont 11 avec vérification opératoire); dans tous ces cas, K. a observé des anomalies du trajet avec augmentation de l'inflexion sagittale, de la longueur, du calibre, de la forme du relief diminué et de la motilité de la partie prostatique de l'urètre dans la portion sus-jacente au *veru montanum*.

Des saillies étendues du relief muqueux dans cette portion sont la conséquence de l'existence d'adénomes et constituent un signe pathognomonique.

K. a rencontré 5 cas *d'épithélioma prostatique* s'accompagnant d'altérations de toute la portion prostatique de l'urètre et de rétrécissement général de son calibre; il s'attache à faire une étude minutieuse des caractères radiologiques différentiels de ces deux dernières affections.

K. a observé 13 cas après interventions diverses pour prostatectomie et appelle surtout l'attention sur l'existence du filet opaque supracavitaire qui peut prêter à des erreurs d'interprétation.

Une importante bibliographie et de nombreuses figures contribuent à compléter ce travail.

Morel Kahn.

HELVETICA MEDICA ACTA
(Bâle)

Max Saegesser. ***Recherches expérimentales sur la thérapeutique du tétanos*** (*Helvetica Medica Acta*, t. **2,** nos 5-6, Décembre 1935 et Février 1936, p. 553-568 et 710-729). — Des expériences cliniques ont montré à S. que l'administration de sulfate de magnésium peut être utile tout au moins dans certains cas de tétanos. Toute anesthésie lombaire comporte le danger de paralysie respiratoire, d'abaisser trop fortement la pression du sang et, en outre, la zone d'anesthésie est trop exiguë. Avec le $MgSO^4$, cependant, l'abaissement de la pression sanguine ne s'observe pas et il semble, qu'en précisant la hauteur de la zone d'anesthésie, on puisse éviter le danger respiratoire. Chez le lapin, ce sel paralyse la respiration par contact direct avec le bulbe, ce qui permet de prévoir la possibilité d'une régularisation de ses effets. En utilisant une solution colorée, on a pu déterminer, en effet, les points atteints par le magnésium. Dans le décubitus dorsal, une très petite quantité du médicament est fixée par la moelle de sorte que celui-ci gagne le bulbe sans que sa concentration soit diminuée. Au contraire, dans le décubitus ventral, les parties inférieures de la moelle fixent d'une façon durable le sel qui exerce un effet plus puissant et qui n'arrive au bulbe qu'à un degré de concentration bien moindre. De plus, il est nécessaire d'injecter le médicament dissous dans une solution de glucose à 40 pour 100 et de le mélanger par petites portions (barbotage) avec un peu de liquide rachidien.

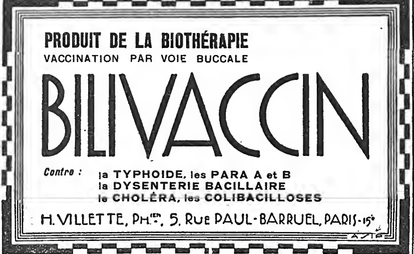
Chez des souris, un mélange de sérum antitétanique, d'urotropine à 40 pour 100, d'avertine (3 pour 100), à parties égales, fait disparaître les convulsions pendant que le narcotique agit, ce qui montre que la toxine est ainsi séparée des lipoïdes cellulaires. Ce même mélange, utilisé chez des lapins auxquels on avait administré une dose de toxine devant déterminer la mort en 82 heures au plus, a amené la guérison 12 fois. Au point de vue dose, il y a lieu de remarquer qu'un lapin de 1.830 gr. a supporté sans inconvénient 5 cmc de la solution, ce qui, pour un poids de 60 kilogr., ferait 166 cmc. Pour l'homme d'abord, le mélange devrait être constitué par 50 cmc de sérum pauvre en protéines, 50 cmc d'une solution à 3 pour 100 dans la calorose à 5 pour 100 et enfin 10 cmc d'urotropine à 40 pour 100.

Les animaux inoculés par le tétanos présentent un trouble du métabolisme des hydrates de carbone. Ce fait était déjà connu et a été mis en évidence d'abord par les recherches du glycogène du foie chez des rats. On a constaté ainsi que, sous l'influence de la maladie, la teneur en glycogène du foie s'abaisse de 96 pour 100 et celle des muscles de 91 pour 100. Chez les lapins, il en est de même.

En cherchant au cours de la maladie à enrichir l'organisme en glycogène par l'administration de glucose ou d'insuline, on arrive à un résultat positif sans cependant retrouver la teneur normale. L'augmentation de la mobilisation du glycogène du foie peut être attribuée soit à une action toxique sur le foie, soit à une augmentation des besoins en sucre de la périphérie, soit surtout à un effet de la toxine du tétanos agissant directement sur les centres régulateurs du métabolisme du sucre.

D'autre part, l'acide lactique du sang augmente fortement, probablement parce que la resynthèse du glycogène à partir de l'acide lactique se fait mal. La raison en est que l'organisme s'appauvrit en oxygène et, de fait, l'administration d'oxygène fait baisser d'une façon immédiate l'acide lactique du sang. De même, l'administration de bicarbonate de soude, en combattant l'acidose ainsi produite, détermine une amélioration nette qui persiste un certain temps. Cette méthode doit donc être considérée comme capable tout au moins de prolonger l'existence.

P.-E. Morhardt.


PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
VACCINATION PAR VOIE BUCCALE
BILIVACCIN
Contre : la TYPHOIDE, les PARA A et B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
le CHOLÉRA, les COLIBACILLOSES
H. VILLETTE, PH.ᵉⁿ, 5, RUE PAUL-BARRUEL, PARIS-15ᵉ


VICHY-ETAT

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

A. Delahaye. ***L'épiphysite vertébrale de l'adolescent*** (*Le Bulletin médical*, t. **50**, n° 5, 1er Février 1936, p. 73-77). — L'épiphysite vertébrale est l'affection qui peut le plus facilement prêter à confusion avec le mal de Pott: elle consiste en des troubles de calcification portant avant tout sur les zones bulbo-épiphysaires vertébrales au moment de leur poussée ostéogénique.

Maladie de croissance, elle survient entre 7 et 25 ans, surtout entre 12 et 18 ans; le traumatisme professionnel est une condition prédisposante importante. La douleur est constante et sourde au niveau du rachis; elle diminue sans disparaître au cours de l'allongement nocturne.

A l'examen clinique, la courbure dorsale de la colonne rachidienne est, en général, un peu exagérée et réductible dans son ensemble, sauf dans une zone où 3 à 4 apophyses épineuses sont plus saillantes et se mobilisent mal.

Radiologiquement, il y a décalcification d'ensemble du corps vertébral, retard dans l'apparition ou bien « vieillissement » des points épiphysaires antérieurs. Les loges épiphysaires sont inhabitées ou contiennent des granules osseux de forme anormale. Le corps vertébral est légèrement cunéïforme, ses bords supérieurs et inférieurs souvent crénelés.

La cyphose est la complication obligatoire des épiphysites polyvertébrales dorsales, sérieuses ou aggravées; elle est d'abord réductible, puis rigide.

Le diagnostic avec le mal de Pott porte sur le caractère des douleurs, l'étendue de la décalcification rachidienne, la multiplicité des lésions angulaires et l'évolution spéciale. La confusion, même radiographique, est possible avec les formes marginales du mal de Pott.

L'étiologie est encore imprécise, le traumatisme, une infection atténuée, un trouble endocrinien ont été invoqués.

Le traitement consiste dans l'immobilisation en décubitus avec cale ou valve plâtrée postérieure. L'ostéosynthèse n'est jamais indiquée. Le traitement général et le traitement endocrinien sont importants.

Robert Clément.

GAZETTE MEDICALE DE FRANCE
(Paris)

M. Aubry et **M. Ombrédanne.** ***Chirurgie du vertige. Indications de la section intracranienne du nerf auditif*** (*Gazette médicale de France*, t. **43**, n° 3, 1er Février 1936, p. 105). — Le *vertige* est souvent le signe capital de la *maladie de Ménière* caractérisée par de *grandes crises vertigineuses*, accompagnées de *vomissements*, de *bourdonnements d'oreille* et souvent de *surdité unilatérale*, survenant par accès violents et répétés. La maladie est progressive et bientôt toute vie active devient impossible aux malades qui en sont atteints.

Certains malades ont un passé auriculaire, souvent même ils ont été déjà opérés pour une suppuration chronique de l'oreille, mais leurs vertiges ont persisté. Les autres n'ont jamais eu d'affections auriculaires.

Lorsqu'en face d'un de ces grands vertigineux, le médecin ne découvre aucune cause générale à l'origine des vertiges, et est amené à suspecter une cause otique ou labyrinthique, lorsqu'il a épuisé sans succès toute la gamme des ressources thérapeutiques habituelles, il n'est plus actuellement désarmé comme jadis. A. et O. viennent de faire la preuve que la *section intracranienne du nerf auditif* était capable de guérir radicalement les grandes crises de la maladie de Ménière.

Dans leur article, ils étudient d'abord les différents syndromes qui comportent des crises vertigineuses.

1° Un syndrome de Ménière pur qui comprend deux formes:

Le *vertige-névralgie*, dans lequel la surdité peut ne pas exister. Les épreuves labyrinthiques habituelles se montrent normales ou à peu près.

Le *vertige-névrite*, dans lequel la surdité est pour ainsi dire constante et le plus souvent unilatérale. Il existe souvent du nystagmus spontané, un signe de Romberg plus ou moins discret. Les épreuves labyrinthiques intrumentales, pratiquées en dehors des crises vertigineuses, montrent ici des altérations profondes du labyrinthe ou du tronc même du nerf auditif.

2° Des syndromes de Ménière atypiques. — Ce sont des *formes anormales* de la maladie: soit parce que la surdité fait défaut, soit parce que se surajoutent des céphalées à siège très particulier, surtout occipitales, soit enfin parce qu'il existe des signes associés d'atteinte d'un nerf cranien voisin ou d'arachnoïdite de la fosse postérieure.

A. et O. exposent ensuite l'état actuel du traitement des vertiges par la section intracranienne *totale* ou *partielle* du nerf auditif, qu'ils ont réalisée 20 fois. Ils montrent que l'intervention, exécutée par une équipe chirurgicale bien entraînée, est simple, rapide et sans danger vital.

L'opération guérit radicalement les vertiges: la section est totale quand le malade est sourd; lorsqu'il ne l'est pas, la section partielle du nerf permet le plus souvent de conserver l'audition, ce qui est un *fait capital;* dans 2 cas, l'audition fut même très améliorée.

Les indications de cette intervention visent avant tout les crises vertigineuses, et se posent d'autant plus que ces crises sont plus fréquentes, plus répétées, plus rebelles à tout traitement.

L'indication est donc exceptionnelle dans la forme de *vertige-névralgie* de la maladie de Ménière, et dans l'éventualité exceptionnelle où l'intervention serait envisagée, c'est une neurotomie partielle qui serait faite.

Au contraire, l'indication est formelle dans le *vertige-névrite* dès que le traitement antisyphilitique s'est avéré inopérant. En pareil cas, la section du nerf donne des résultats plus certains que les interventions sur le labyrinthe soit décompressives, soit destructives. Lorsque ces interventions ont déjà été pratiquées sans succès, l'indication de la section du nerf auditif peut se poser.

Dans le *vertige-névrite*, la section sera totale si la surdité est totale, et partielle si la surdité est incomplète.

Dans les *formes atypiques* aussi, la section sera totale ou partielle selon le degré de la surdité.

Dans les *formes céphalalgiques*, l'intervention conduit en outre souvent sur des lésions d'*arachnoïdite*, soit kystique, soit adhésive, qu'il est nécessaire d'exciser ou de détruire.

A. et O. concluent que les indications opératoires du vertige de Ménière se sont précisées et étendues avec les progrès de la technique: les résultats qu'ils apportent font de la section intracranienne du nerf auditif l'*opération de choix* de la maladie de Ménière.

A. Ravina.

PARIS MÉDICAL

P. Lereboullet, P. Garnier et **J. Courtial.** ***Le cancer primitif du poumon chez l'enfant*** (*Paris-Médical*, t. **26**, n° 7, 15 Février 1936, p. 145-150). — Chez une enfant de 5 ans, on constate des signes de gros épanchements, mais les tentatives de ponction pleurale étant négatives et la radiographie montrant une ombre homogène de tout l'hémithorax, on songea à la possibilité d'une tumeur intra-thoracique. A l'autopsie, on trouva une volumineuse tumeur formée de bourgeons arrondis de teinte blanc rosé, de consistance assez ferme, mais se déchirant facilement, creusée d'une cavité du volume d'une mandarine et pleine de sérosité roussâtre. Histologiquement, c'est une tumeur maligne envahissant le parenchyme pulmonaire droit et les ganglions du médiastin. L'aspect des cellules, leur polymorphisme relatif excluent le diagnostic de sarcome et font admettre qu'il s'agit d'un épithélioma pulmonaire du type à petites cellules.

Trois observations rapprochées de celle-ci montrent la fréquence de la forme pseudo-pleurétique du cancer pulmonaire chez l'enfant. Le signe du sou permet d'affirmer que l'hémithorax était occupé par un milieu liquide ou solide assez homogène pour transmettre les sons aigus. La radiographie permet assez facilement le diagnostic de tumeur lorsque l'ombre a une limite supérieure nette différente de celle d'une pleurésie. Lorsqu'elle couvre tout l'hémithorax, elle peut être moins opaque qu'un épanchement liquide. On peut espérer retirer par ponction pulmonaire des éléments cellulaires cancéreux reconnaissables. La biopsie d'un ganglion ou d'un bourgeon de la tumeur est préférable.

Le traitement par les rayons X et le radium a parfois donné des résultats encourageants, tout au moins dans les premières semaines. Malheureusement le cancer du poumon s'est presque toujours révélé chez l'enfant à une période si tardive de son évolution que l'espoir de guérison restait aléatoire. Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

P. Nobécourt. ***Sur deux filles de 15 mois et de 3 ans 11 mois, présentant de l'hypertension artérielle permanente, sans symptôme de néphrite chronique. II. Les manifestations nerveuses de l'hypertension artérielle permanente*** (*Le Progrès médical*, t. **43**, n° 7, 15 Février 1936, p. 257-265). — Ces deux fillettes, atteintes d'hypertension artérielle permanente sans signes de néphrite chronique, sont entrées à l'hôpital pour des attaques d'éclampsie; puis elles ont présenté toutes les deux des hémiplégies survenues dans des conditions un peu différentes et l'une d'elles a présenté un syndrome méningé.

Les manifestations nerveuses sont fréquentes dans l'hypertension artérielle permanente des enfants; elles peuvent en être les premiers symptômes et souvent le symptôme révélateur, quelquefois c'est un accident terminal.

Les accidents nerveux les plus caractéristiques sont la *céphalée*, survenant par accès, frontal ou occipital, avec ou sans vomissements, les *convulsions*, tantôt précoces marquant le début clinique de la maladie, tantôt survenant à une phase avancée de la maladie. L'accès convulsif revêt souvent la forme éclamptique, il peut s'accompagner d'un syndrome méningé.

Les *troubles oculaires* peuvent consister en points noirs et brillants, sensation de brouillard, mais le grand symptôme est l'amaurose subite qui précède l'accès convulsif. Il peut y avoir de la stase papillaire et de l'œdème de la rétine ou de la rétinite exsudative.

Les *paralysies* ne sont pas rares; elles peuvent survenir à toutes les phases de l'hypertension artérielle permanente. La plus fréquente est l'hémiplégie. Elle peut s'installer pendant ou après l'attaque convulsive ou débuter par un ictus apoplectique. On peut encore observer des *crises douloureuses abdominales*, parfois accompagnées d'hématurie ou d'autres algies, vagues et diffuses.

Les accès de céphalée, les accès d'éclampsie, les troubles visuels sont des éléments d'hypertension intra-cranienne; chez ces malades, on peut constater l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et la ponction lombaire entraîne l'atténuation des accidents nerveux.

Le diagnostic se pose surtout avec les tumeurs cérébrales, les méningites, les embolies, hémorragies ou ramollissements cérébraux. Les crises douloureuses abdominales peuvent faire croire à l'appendicite, à des coliques lithiasiques, etc...

Le traitement est symptomatique et doit s'attaquer à l'hypertension artérielle. Le pronostic est sévère, la survie ne dépasse pas, en général, quelques mois. ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

J.-Ch. Roux et **H. Béclère**. ***Les diverticules de la région cardiaque de l'estomac et leur traitement médical*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **26**, n° 1, Janvier 1936, p. 5-16). — Cette anomalie gastrique assez rare a été révélée par les examens radiologiques. R. et B. ont eu l'occasion d'en observer quatre observations. Dans 2 cas, la lésion était silencieuse et ne réclamait par conséquent pas de traitement spécial.

Dans 2 autres observations, le diverticule provoquait de violentes douleurs, troublant l'alimentation et le sommeil.

On pouvait penser que le remède à ces troubles dût être la résection du diverticule. Mais le siège de celui-ci, haut placé, et développé en général à la face postérieure du cardia, rend son abord malaisé, et même sa découverte difficile.

En revanche, il est facile de calmer les douleurs par le bismuth à hautes doses. La seule difficulté est de vider le diverticule des résidus alimentaires, et de le remplir efficacement de la bouillie bismuthée.

Il convient donc d'étudier minutieusement par la radiologie le mode le plus favorable d'évacuation et de remplissage du diverticule. On ne l'obtient qu'au prix de manœuvres parfois difficiles, et d'une gymnastique qui peut aller jusqu'à la position inversée, tête en bas, ou au décubitus ventral, le tronc fléchi à angle droit, la tête touchant le sol. A ce prix, on obtient un soulagement à peu près constant et à la longue une guérison sinon du diverticule, du moins des douleurs qui sont le signe de son irritation.

J. OKINCZYC.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

J. Bertier (Grasse). ***La tuberculose conjugale et le problème de la contagion de la tuberculose chez l'adulte. Etude de la précession masculine et interprétation de sa signification*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. **10**, n° 6, 1935, p. 468-491). — Sur 3.002 observations de tuberculeux, 1.602 concernent des célibataires, 752 masculins, 850 féminins. Parmi les 1.400 fiches de sujets mariés ou vivant maritalement, 126 s'appliquent à des tuberculoses bi-conjugales, 35 ménages possèdent 2 fiches, le total des ménages tuberculisés est de 1.365 et le pourcentage brut des tuberculoses conjugales, de 6,66. Dans 12 cas, les époux étaient manifestement tuberculeux avant le mariage, 4 observations sont des interprétations douteuses; il reste 74 cas de tuberculose conjugale sur 1.365 ménages, soit environ 5,5 pour 100. Le faible pourcentage de cette statistique, inférieur à celui indiqué par la majorité des observateurs, s'explique par la méthode employée pour l'obtenir et par le milieu social dans lequel les observations ont été recueillies, milieu aisé où les précautions hygiéniques sont plus facilement exécutées.

Une preuve de grande valeur en faveur de la contagion interconjugale est apportée par la constatation de la précession masculine qui s'élève à 74 pour 100. Ces tuberculoses masculines initiales précèdent le mariage dans la moitié des cas. La tuberculisation féminine, de 9,5 pour 100 avant le mariage, augmente progressivement et atteint finalement le niveau de celle des hommes. Si cette tuberculisation est sans doute facilitée par les facteurs déprimants et anergisants de la vie féminine et matrimoniale, par certaines causes sociales et psychiques, elle ne peut s'expliquer que par l'intervention du facteur contagion, la tuberculose étant apportée dans le ménage par le mari déjà atteint.

Les tuberculisations professionnelles confirment les données fournies par la tuberculisation conjugale. Chez les étudiants en médecine et les infirmières non allergiques, mis au contact de tuberculeux contagieux pendant 2 ans, le pourcentage des réactions de von Pirquet positives double, alors qu'il n'augmente pas après un séjour de 6 mois dans un service d'hôpital sans tuberculeux.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE DU RHUMATISME (Paris)

Girbal (Marseille). ***Asthme et rhumatisme. L'asthme rhumatismal*** (*Revue du Rhumatisme*, t. **3**, n° 2, Février 1936, p. 121-151). — Chez un enfant de 10 ans, atteint d'asthme depuis l'âge de 2 ans, on constata, au cours d'un examen, un souffle mitral, sans qu'on ait pu noter aucune manifestation articulaire. Après un traitement salicylé par voie buccale à la dose de 4 gr., la température disparut ainsi que les phénomènes asthmatiques tandis que le souffle piaulant devenait doux et faible. Par la suite, et après changement de climat, les crises d'asthme ne se sont plus reproduites et il est resté une insuffisance mitrale légère bien compensée.

Un homme de 42 ans avait présenté à l'âge de 14 ans une crise de rhumatisme articulaire aigu qui nécessita un repos au lit d'un mois et une crise plus légère accompagnée d'une atteinte cardiaque à 25 ans. Pendant 10 ans, le malade ne ressent que quelques douleurs articulaires frustes sans élévation thermique. Depuis l'âge de 36 ans, il présente des crises d'asthme assez régulières, plus fréquentes en hiver, exacerbées par le froid et l'humidité. Un traitement salicylé intra-veineux amena, après la deuxième injection, une légère recrudescence des crises d'asthme qui, par la suite, se sont atténuées progressivement et ont disparu.

Partant de ces observations, G. fait un rapprochement entre l'asthme et le « rhumatisme », sans préciser s'il envisage la maladie de Bouillaud ou le rhumatisme chronique et il conclut : « Le rhumatisme doit être considéré comme la tuberculose ou la syphilis, comme une maladie polymorphe dans ses aspects cliniques ou dans son origine. L'asthme rhumatismal constitue une manifestation abarticulaire de la maladie rhumatismale. L'asthme et le rhumatisme articulaire sont le résultat de l'action d'un facteur externe d'origine infectieuse, agissant sur un terrain prédisposé. Le rhumatisme articulaire et l'asthme présentent de nombreux points communs : 1° au point de vue étiologique : même germe, probablement streptocoque viridans; 2° au point de vue pathogénique : le terrain conditionne les manifestations de la poussée infectieuse : articulaire ou respiratoire. La notion de l'allergie tissulaire et humorale met au premier plan le rôle du terrain. La similitude des tissus : synoviale et tissu pulmonaire (même système réticulo-endothélial, même action vaso-motrice et sécrétoire du sympathique) rapproche encore ces affections et leur pathogénie; 3° au point de vue clinique : manifestations analogues : « mobiles, fluxionnaires, transitoires, curables »; 4° au point de vue thérapeutique : affections améliorées toutes deux par le traitement anti-infectieux, la vaccinothérapie, l'aurothérapie intra-veineuse et le traitement salicylé. »

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

P. Dervillée. ***L'intoxication expérimentale par le tétrachlorure de carbone. Données générales et recherches personnelles*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. **113**, n° 4, 10 Février 1936, p. 91-101). — Les accidents dus à l'utilisation industrielle du tétrachlorure de carbone et à son emploi thérapeutique en ingestion comme antiparasitaire ou par voie cutanée en dermatologie ont incité à poursuivre l'étude expérimentale du produit et de ses caractères nocifs par voies digestive, respiratoire et cutanée.

Avec ceux des autres auteurs, les travaux de D. démontrent que le tétrachlorure de carbone, dérivé halogène des carbures d'hydrogène, est un corps nettement toxique, dont la nocivité est susceptible de se manifester au niveau de différents viscères. Le système nerveux, les poumons, le foie, les reins, les capsules surrénales peuvent, selon les cas, présenter des lésions importantes, parfois irréparables.

L'administration par voie digestive chez le chien et le lapin provoque surtout des lésions hépatiques. 24 heures après l'ingestion, les altérations parenchymateuses du foie sont intenses, les autres lésions sont un peu plus tardives et toujours moins accentuées.

Lorsque l'intoxication est réalisée par inhalation de vapeurs, les altérations hépatiques et rénales sont plus parallèles et même, d'après certains auteurs, il y aurait prédominance des lésions rénales.

Par voies vasculaire, sous-cutanée, rectale, péritonéale, des lésions peuvent être observées selon les cas, pulmonaires, hépatiques ou nerveuses.

Le porc, le lapin sont parmi les animaux les plus sensibles à l'intoxication par le tétrachlorure de carbone. Il faut établir une discrimination entre l'action du produit chimiquement pur et certaines préparations dites du commerce, renfermant des impuretés, entre autres, du sulfure de carbone, de l'acide chlorhydrique et des produits chlorés. Cependant, il n'y a pas grande différence de toxicité entre ces divers produits.

La détermination des accidents mortels reste encore obscure. Si les lésions histologiques ont été bien étudiées, il faut tenir compte des variations importantes et encore peu connues du chimisme sanguin.

ROBERT CLÉMENT.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Leipzig)

Otto Hoche. ***De la façon dont se comporte le péritoine pendant les maladies infectieuses en tenant compte des résultats après irradiation avec la « Laparophoslampe »*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. **245**, n° 2, Mai 1935, p. 93-101). — Dans cet article il est fait mention de quelques statistiques afin de préciser, ce que nous savions déjà, qu'on peut obtenir la réunion par première intention d'une plaie opératoire, bien que l'examen bactériologique, fait au cours de l'intervention, ait décelé la présence de germes pathogènes. H., pour éviter les complications infectieuses dans les opérations abdominales, préconise l'emploi de l'irradiation au moyen d'un appareil qu'il appelle la « laparophoslampe », mais dont il néglige de donner la description. Il a employé cette lampe dans 4 cas de péritonite par perforation appendiculaire. Dans 2 cas, il a trouvé des germes pathogènes dans la plaie opératoire avant et après l'irradiation; dans 2 cas, il n'y avait plus de germes après l'irradiation. Très modestement, H. avoue qu'il ne peut tirer une conclusion d'une telle statistique.

P. Wilmoth.

H. Hauke (Fribourg-en-Brisgau). ***Les affections ostéodystrophiques et leur délimitation*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. **245**, fasc. 9, 10 Octobre 1935, p. 641-691). — H. souhaite que les lésions osseuses englobées sous le nom d'ostéo-dystrophie fibreuse soient bien séparées les unes des autres. Pour cela, il est nécessaire d'étudier de très près les signes cliniques, les épreuves radiographiques, les conditions étiologiques. Cette classification n'est pas seulement nécessaire pour les ostéites fibreuses généralisées du type Recklinghausen ou du type Paget, mais aussi pour l'ostéodystrophie kystique juvénile, et les tumeurs osseuses bénignes à cellules géantes qui jusqu'ici ont été confondues sous le nom d'ostéo-dystrophie fibreuse localisée.

En ce qui concerne la maladie de Recklinghausen, H. reconnaît que les théories tournent dans un cercle vicieux: l'ostéodystrophie est la conséquence d'un trouble du métabolisme basal, qui retentit sur la fonction parathyroïdienne, d'où hypertrophie adénomateuse des parathyroïdes; la lésion parathyroïdienne est primitive, les troubles du métabolisme basal et les dystrophies osseuses sont subséquents. A cela s'ajoute l'effet heureux, dans certains cas, de la thymectomie.

Par contre, dans la maladie de Paget, on ne peut jusqu'ici invoquer une maladie osseuse systématisée, et la preuve de son origine endocrinienne manque. La maladie de Paget semble être une maladie familiale, héréditaire. Peut-être faut-il invoquer pour elle une carence de la vitamine A? En ce qui concerne les ostéites fibreuses localisées, kystes solitaires des jeunes localisés à une métaphyse, tumeur solitaire (unique) à cellules géantes dans les épiphyses des os longs. H. les intitule des unités pathologiques pour elles-mêmes, cela voulant dire que l'affection est strictement locale, et il envisage le rôle du traumatisme.

Quant au traitement, il n'apporte aucune innovation, et il veut bien nous recommander le traitement conservateur. En ce très long article, il ne faut retenir que de bonnes épreuves radiographiques; il y a notamment une radiographie de maladie de Paget du crâne qui est tout à fait curieuse, par son étendue et son aspect; des radiographies montrent aussi les résultats d'une greffe de la presque totalité du péroné pour remplacer le tiers supérieur de l'humérus réséqué pour une tumeur dite « à myéloplaxes ».

P. Wilmoth.

DIE MEDIZINISCHE WELT (Berlin)

Paul Chevallier et François Moutier. ***Recherches gastriques dans les dermatoses*** (*Die medizinische Welt*, t. **10**, n° 10, 7 Mars 1936, p. 329-333). — Dans un grand nombre de dermatoses et notamment dans la tuberculose, les tuberculides et le psoriasis, l'estomac est normal. Il existe, d'autre part, des affections spécifiques de l'estomac (lichen, urticaire, eczéma, atrophie). Dans l'urticaire chronique, la muqueuse gastrique peut présenter des gonflements comparables aux plus belles papules d'œdème de Quincke et disparaissant sans laisser de trace. Le malade ne sent, par ailleurs, rien d'anormal. Sur 11 cas d'urticaire, le suc gastrique a été normal 6 fois et il y avait 7 fois gastrite atrophique généralisée ou localisée à l'antre.

Bien que les signes de chlorose soient rares, le fer à doses suffisantes agit bien sur ces urticaires d'origine digestive. Il n'est d'ailleurs pas possible de dire lequel des deux éléments: urticaire et atrophie gastrique, est primitif.

Il a été constaté dans un cas une éruption vésiculeuse de l'estomac. La gastrite s'observe dans les complexes d'eczéma séborrhéique. Un eczéma actif en voie d'extension s'accompagne souvent de gastrite aiguë asymptomatique. Une gastrite atrophique s'observe dans les érythrodermies de la région génitocrurale. Certaines gastrites chroniques atrophiques créeraient une prédisposition pour l'eczéma.

Dans un certain nombre de cas d'atrophie gastrique, accompagnée de dermatite eczémateuse, le fer s'est montré utile. Le prurigo leucodermique, qui doit être distingué des leucoplasies, s'accompagne d'atrophie gastrique et guérit souvent sous l'influence de fer à hautes doses.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Hochstetter. ***Pleurésie et tuberculose pulmonaire*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **74**, n° 2, 1935, p. 86-99). — H. envisage la question sous l'angle suivant: les commissions de réforme sont appelées encore maintenant, plus de 16 ans après la fin de la guerre, à statuer sur l'origine de certains cas de tuberculose pulmonaire survenant chez d'anciens combattants. Il est tout spécialement délicat de juger après un tel laps de temps, et d'allouer une pension lorsque la poussée tuberculeuse est de date récente. Au contraire, lorsque le sujet a présenté pendant la guerre certains signes évidents d'imprégnation tuberculeuse, il paraît équitable d'allouer une pension, s'il présente par la suite une tuberculose pulmonaire en évolution. Au nombre de ces signes se place la pleurésie et toutes les statistiques rappelées par H. concourent à considérer comme très fortement suspect de tuberculose un sujet qui fait une pleurésie avec épanchement. Même si la pleurésie n'est pas suivie d'évolution tuberculeuse, cette concordance reste vraie dans la majorité des cas. Il faut bien entendu que le sujet n'ait pas présenté avant la guerre de manifestations tuberculeuses. On tiendra compte également du facteur familial, du service plus ou moins pénible assuré par le sujet pendant la guerre; il faut considérer comme vraiment suspecte de tuberculose la pleurésie idiopathique, celle qui ne s'accompagne pas de manifestations pulmonaires aiguës. Quant à l'abondance de l'épanchement, à son intensité et à sa durée, ils ne présentent pas grande importance en ce qui concerne la question envisagée.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Landsmann. ***Traitement de l'asthme bronchique au moyen de l'air ionisé*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 45, 8 Novembre 1935, p. 1384-1389). — On sait depuis longtemps que les accès d'asthme bronchique, et tout spécialement l'état de mal asthmatique, sont généralement améliorés par un changement d'air, surtout par un séjour en haute montagne. A la suite des travaux de Sokolow, de Turban, démontrant que au-dessus de 1.800 mètres ne se produisait généralement plus d'accès d'asthme, on put attribuer ce fait à la présence à cette altitude d'air fortement ionisé dont l'adsorption au niveau des voies respiratoires supérieures réalise un ensemble de modifications favorables sur l'organisme du malade. On en arriva tout naturellement à réaliser l'inhalation d'air ionisé à l'aide d'une machine statique, le patient inspirant cet air au moyen d'un masque à gaz. Les séances d'aéro-ionisation sont de 21 minutes au début et l'on augmente de 5 minutes chaque jour jusqu'à 40 minutes. Le traitement comporte 30 séances. Sur 79 cas ainsi traités par l'aéro-ionisation négative, on a observé 32 guérisons, 13 améliorations nettes, 19 améliorations douteuses, 13 échecs et 2 aggravations, mais il s'agissait dans ces deux cas d'asthme cardiaque. Chez les malades guéris, on note une diminution des éosinophiles et des lymphocytes, des modifications des crachats, etc. Les plus beaux succès furent constatés chez les enfants.

G. Basch.

Duy. ***Saturnisme par consommation de moût*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 46, 15 Novembre 1935, p. 1413-1415). — Bien que les accidents d'intoxication chronique par le plomb d'origine professionnelle tendent à disparaître depuis l'application des lois d'hygiène, on retrouve de façon assez fréquente des faits de saturnisme chronique dus à la consommation de moût ayant séjourné ou passé dans des récipients en plomb. Ces cas se présentent avec les symptômes suivants: troubles digestifs, douleurs gastriques intenses, vomissements, anorexie, hypertension, état général atteint. Le diagnostic est éclairé par la recherche du plomb dans les urines. Les circonstances de cette intoxication sont l'usage de tuyaux en plomb qui prélèvent le moût hors des récipients dans lesquels il fermente; parfois, le moût séjourne même dans des récipients du même métal.

G. Basch.

Hittmair. ***Typhoïde endémique*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 46, 15 Novembre 1935, p. 1420-1425). — Ce sont quelques considérations sur 417 cas de typhoïde que H. a observés de 1925 à 1934. La fréquence des cas fut notablement plus importante en Juin et Juillet qu'au cours des autres mois de l'année. L'origine en fut nettement hydrique et l'on put suivre à travers les familles et dans les villages la transmission de la maladie. H. insiste sur la fréquence relative des frissons, l'herpès, etc... Les complications intestinales (hémorragies et perforations) survinrent dans 1 à 1,5 pour 100 des cas.

G. Basch.

Konwalinka. ***Un cas de tabes infantile avec fracture spontanée*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **48**, n° 47, 22 Novembre 1935, p. 1143-1147). — Le cas rapporté concerne une fillette de 11 ans qui présente des troubles psychiques consistant surtout en agitation, indocilité; en même temps baisse de la vue; l'examen montre des pupilles ovalaires, ne réagissant pas à la lumière; on

observe en outre des dents d'Hutchinson. Les séro-réactions dans le sang et dans le liquide C.R. sont très fortement positives; mêmes constatations chez le père et la mère. Par la suite, et c'est ce qui fait l'intérêt du cas, survinrent, au bout de quelque temps, et à la suite de traumatismes légers, une fracture de la tête fémorale droite, puis de l'extrémité supérieure du fémur gauche. K. insiste sur les troubles psychiques présentés par cet enfant et discute le diagnostic de tabo-paralysie d'origine héréditaire.

G. Basch.

Klaften. ***Traitement des ménorragies et des métrorragies par l'insuline*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 49, 6 Décembre 1935, p. 1509-1515). — K. distingue 3 sortes de ménorragies: les règles revenant trop fréquemment, les règles trop abondantes, les règles trop prolongées. Les hémorragies de la deuxième catégorie, lorsqu'elles ne sont pas liées à des polypes ou à d'autres lésions organiques, seront calmées par des préparations à l'ergot de seigle, par le corps jaune, ou la posthypophyse. Par contre, il est plus difficile de traiter les cas de règles trop fréquentes sur lesquelles agissent peu les préparations précédentes. K. a tenté dans ces cas les injections systématiques d'insuline qui lui ont permis de reculer l'apparition des règles suivantes. Les résultats ont été moins favorables dans les cas de ménorragies des femmes âgées, spécialement celles qui précèdent la ménopause. K. a injecté de 15 à 30 unités quotidiennes, mais dans certains cas il a atteint 40 unités en se tenant à l'abri des accidents hypoglycémiques. Quant au mode d'action de ce traitement, il est impossible à préciser: il s'agit de femmes qui ne sont ni diabétiques ni hyperglycémiques, et il semble qu'il s'agisse d'action hormonale de l'insuline sur l'hypophyse ou sur l'ovaire.

G. Basch.

Lusicky. ***A propos des dangers des préparations mercurielles diurétiques*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 49, 6 Décembre 1935, p. 1519-1520). — L'usage des diurétiques mercuriels introduits par Saxl en thérapeutique, en permettant de mobiliser les œdèmes des cardiaques, est des plus utiles à la thérapeutique. Néanmoins, on a signalé dans quelques cas la mort subite par syncope ou insuffisance cardiaque rapide, après fonte trop rapide des œdèmes, par suite de l'action des diurétiques mercuriels. Ces cas s'observent surtout chez des malades gras à myocarde fatigué, d'où la précaution utile de prescrire auparavant un traitement digitalinique. A côté de ces cas, L. a observé des morts subites à la fin de la cure de sels mercuriels, chez des sujets porteurs d'une insuffisance droite, préalablement digitalinés. En résumé, les dangers que comporte l'usage des diurétiques mercuriels ne contre-balancent pas leurs avantages, et l'on continuera à les utiliser chez les cardiaques, en observant bien entendu les précautions nécessaires, et en tenant compte de la capacité fonctionnelle du myocarde.

G. Basch.

Wiedmann. ***A propos des troubles du métabolisme de l'albumine chez les sujets à foie lésé par l'arsénothérapie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 50, 13 Décembre 1935, p. 1539-1543). — Il est difficile de fonder scientifiquement l'opinion de Hoffmann suivant laquelle le foie joue un rôle capital dans les accidents du novarsénobenzol. On cherche à prouver ces altérations du foie en étudiant les troubles fonctionnels de cet organe, spécialement en ce qui concerne le métabolisme de l'albumine. W. a étudié 20 sujets tous atteints d'érythrodermie arsénobenzolique, à des stades divers de leur syphilis: chez 17 de ces sujets, on trouva des élévations de plus de 30 pour 100 du taux sanguin des résidus azotés des acides aminés; ces cas concernaient d'ailleurs 6 malades atteints d'érythème du 9e jour, 7 d'une érythrodermie précoce, et 4 d'érythrodermie tardive. Chez les malades ayant présenté un érythème du 9e jour, ou une érythrodermie précoce, W. a relevé de petits signes préalables à la suite des premières injections, et considère ces cas non point comme des intoxications, mais comme des faits d'intolérance.

Sans pouvoir entrer dans les détails des recherches chimiques de W., nous rappellerons ses conclusions: la recherche parallèle du métabolisme des hydrates de carbone et des albumines dans le foie a montré que dans certaines catégories d'érythèmes arsénobenzoliques, il y a dissociation entre ces deux ordres de troubles; quand il y a trouble du métabolisme des albumines et intégrité de celui des hydrates de carbone, il doit s'agir de faits d'intolérance, comme on en observe dans les érythèmes précoces; au contraire, quand les troubles portent sur les deux fonctions, il s'agirait d'intoxication.

G. Basch.

Lustig. ***Guérison d'un cas de narcolepsie par des injections d'extrait de lobe antérieur d'hypophyse*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 50, 13 Décembre 1935, p. 1548-1550). — L. rapporte le cas d'un homme qui présentait depuis trois ans et demi des accès de narcolepsie diurne consistant en véritables crises de sommeil durant quelques secondes et pouvant atteindre 80 par jour. L'examen somatique et humoral fut entièrement négatif. L'action de l'antéhypophyse fut très nette et amena une guérison complète de ces accidents.

G. Basch.

Scholz. ***Traitement des affections vasculaires périphériques à l'aide des ondes courtes*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 51, 20 Décembre 1935, p. 1576-1578). — L'action physiologique des ondes courtes étudiée expérimentalement sur la membrane interdigitale de la grenouille consiste en une contraction préalable de faible durée que suit une augmentation de calibre, action bien différente et beaucoup plus puissante que celle du simple réchauffement, la température au cours de l'application des ondes courtes ne dépassant pas 26°. Sur le cœur de la grenouille, on observe une diminution de la révolution cardiaque avec ralentissement des battements.

A cette action vaso-dilatatrice, il faut joindre une action anti-infectieuse importante à considérer dans les artérites des membres où l'élément inflammatoire joue un rôle non négigeable. S. a traité 85 sujets atteints d'artérite oblitérante. 25 d'entre eux semblaient sur le point de faire une gangrène des orteils qui fut évitée à la suite de l'application du traitement. Par contre, le résultat fut beaucoup moins efficace chez les malades atteints d'artérite sans menace de gangrène; pas de résultat dans 6 cas de gangrène diabétique et une amélioration éphémère dans une gangrène tardive par gelure; S. relate encore 2 succès dans des cas d'endartérite syphilitique, pour un ergotisme gangreneux et dans la moitié des cas de maladie de Raynaud.

Quant au mode d'action de cette thérapeutique, il consiste en une vaso-dilatation portant sur les vaisseaux frappés par l'endartérite, et sur les collatérales dont d'ailleurs les ondes courtes favorisent la formation. La technique consiste à irradier avec des électrodes aussi volumineuses que possible, sans élévation de température, pendant 10 à 20 minutes, le nombre total de séances pouvant être très élevé (70 à 80).

G. Basch.

Niedermeyer. ***La stérilisation est-elle le moyen le plus efficace pour la protection des maladies héréditaires?*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 51, 20 Décembre 1935, p. 1578-1583). — N. attire l'attention sur un ensemble d'inconvénients résultant de la loi de stérilisation telle qu'elle a cours en Allemagne et dont Kogerer s'était fait le champion dans ce même journal. En premier lieu, il cite certains faits observés aux Etats-Unis, et d'où il ressort qu'un criminel stérilisé, puis remis en liberté, répandit la syphilis parmi toutes les jeunes filles de son village, celles-ci ayant eu des relations avec cet homme en raison des garanties qu'il présentait de par sa stérilisation. Il en est ainsi de tous les psychopathes, débiles mentaux, anormaux de toutes sortes, qui font prime après stérilisation. Le deuxième inconvénient est l'extension injustifiée de la stérilisation à des cas qui peuvent ne pas entraîner des tares chez les descendants, certaines erreurs pouvant toujours être commises malgré les garanties scientifiques et morales que présentent les commisions de stérilisation. A l'appui de cette opinion, N. cite une observation d'un cas limite de débilité mentale, d'où il ressort que si on réservait la stérilisation aux cas dans lesquels la transmission des tares est scientifiquement prouvée, sa pratique serait des plus exceptionnelles. Il faut ajouter encore que la ligature des déférents est réputée augmenter l'appétit sexuel, ce qui ne va pas sans inconvénients.

G. Basch.

Schurer. ***Erreurs et accidents au cours des transfusions sanguines*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 48, n° 52, 27 Décembre 1935, p 1599-1606). — La majorité des accidents graves et des cas de mort observés au cours des transfusions sont surtout le fait d'épreuves d'incompatibilité insuffisantes ou d'erreur dans l'appréciation des résultats (pseudo-agglutination ou agglutination due au froid). Il semble que la détermination des groupes avec les sérums standards ne donne pas une garantie suffisante; outre les agglutinines globulaires, il faut tenir compte des agglutinines du sérum et pratiquer la détermination par l'épreuve croisée préconisée par Kubanyi. Lorsqu'on est pressé par le temps, ce qui est souvent le cas, l'épreuve des sérums standards suffit pour déterminer le groupe sanguin du receveur. Quant aux dangers résultant d'une soi-disant anaphylaxie du patient vis-à-vis d'un donneur habituel, ils sont purement imaginaires. Même lorsque toutes les précautions ont été prises, il faut surveiller étroitement le facies et le pouls du sujet et dépister de petites manifestations (oppression, agitation, douleurs vives abdominales, etc...) qui traduisent un début d'hémolyse. On peut obvier à ce danger en faisant une transfusion d'essai de 5 à 20 cmc et en attendant 2 minutes. S. passe en revue les divers autres accidents qui peuvent suivre les transfusions: anurie, ictère, frisson. Il envisage enfin les diverses maladies, syphilis, paludisme, qui peuvent être transmises par transfusion.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Winkler. ***Deux cas de phlegmon aigu de l'estomac*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 44, 26 Octobre 1935, p. 1196-1198). — Le premier cas de cette rare affection rapporté par W. concerne une femme de 57 ans, qui présente de la fièvre, des nausées, des douleurs abdominales, et chez laquelle on note un ventre distendu, ensemble de symptômes qui font poser le diagnostic de péritonite appendiculaire. A l'ouverture du ven-

tre, on trouve un appendice normal, un péritoine plein de pus et la malade meurt au bout de douze heures. L'examen *post mortem* de l'estomac met en évidence un phlegmon étendu de cet organe. W. rapporte un deuxième cas concernant une femme de 65 ans qui fut également opérée pour symptômes de péritonite, et chez laquelle on trouva à l'intervention une infiltration de toute la paroi gastrique; la mort survint au bout de seize heures.

Il s'agit là d'une infection streptococcique ayant succédé, dans le premier cas, à une angine, mais dont l'origine reste généralement imprécise. Ainsi qu'il ressort de ces deux observations, l'opération ne réussit généralement pas à sauver le malade.

G. Basch.

REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIE
(Buenos-Ayres)

Blas et **Moia**. ***Traitement de la céphalée due à l'hypertension, par l'autohémothérapie*** (*Revista Argentina de cardiologia*, An **2**, Septembre-Octobre 1935, n° 4, p. 239). — Après un rappel des théories pathogéniques des céphalées au cours de l'hypertension artérielle, B. et M. étudient, chez des hypertendus permanents dont les tensions maxima oscillent entre 18, 28 et 30 cm. Hg, la forme à caractère migraineux. Ils ont obtenu une sédation durable du trouble par l'autohémothérapie. A cet effet, ils injectent progressivement : 3 cmc de sang citraté, puis 10 cmc et même 15 cmc jusqu'à 12 injections, à raison de deux par semaine. Cette thérapeutique ne modifie en rien la courbe tensionnelle.

V. Aubertot.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

A. Hustin. ***Rôle du système nerveux végétatif dans les opérations chirurgicales et leurs suites*** (*Le Scalpel*, t. **89**, n° 7, 15 Février 1936, p. 193-201). — Pour étudier les réactions du système nerveux végétatif au cours des interventions chirurgicales, H. s'est adressé à la motricité des artérioles superficielles de la peau. Il emploie la méthode des 3 thermomètres consistant à utiliser simultanément et d'une façon continue pendant toute la durée de l'observation 3 thermomètres placés l'un dans le rectum, l'autre dans la main fermée et entourée d'un bandage ouaté, le troisième contre la plante du pied nue.

Au cours des opérations chirurgicales et de leurs suites, les troubles vaso-moteurs périphériques passent par trois périodes. La première, de trente-six heures environ, débute avant l'intervention et se continue jusqu'au lendemain. Sauf durant une courte interruption déterminée par l'anesthésie générale ou lombaire, la vaso-constriction périphérique domine. Cette phase est donc caractérisée par l'augmentation du tonus du sympathique. La deuxième période va du 2[e] jour au 6[e] ou 7[e] jour. Les vaisseaux périphériques sont relâchés d'une façon complète et continue comme si le tonus sympathique était déficient et celui du parasympathique prédominant. Le troisième stade, qui s'étend du 7[e] au 10[e] jour, est marqué par le retour progressif de la vaso-constriction diurne et au balancement normal entre la prédominance des deux systèmes.

La première période est interprétée comme témoignant d'une fatigue et d'un travail intense, la deuxième comme correspondant à une phase de repos des organes.

Robert Clément.

JOURNAL BELGE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE
(Bruxelles)

J. Van Damme (Louvain). ***Saturnisme chronique accidentel (par l'eau de boisson) et son diagnostic différentiel avec les affections gastro-intestinales*** (*Journal belge de Gastro-Entérologie*, t. **4**, n° 1, Janvier 1936, p. 21-36). — L'intoxication saturnine professionnelle est devenue rare. Les observations de D., au nombre de 10, n'en sont que plus intéressantes, en nous montrant qu'elle peut être relativement fréquente par l'eau de boisson, et pourrait être méconnue si l'attention n'était pas attirée sur cette étiologie.

Il s'agit toujours d'eau *douce*, canalisée par des tuyaux de plomb, d'installation récente (moins de 5 ans). L'eau douce, pauvre en sels calcaires, ne forme pas à la surface interne des tuyaux de plomb un revêtement protecteur et insoluble de carbonate de plomb; de plus, l'usage peu fréquent dans les campagnes, réduisant le débit, favorise la stagnation de l'eau dans les canalisations.

La tolérance dans la même famille est d'ailleurs très variable à l'intoxication, bien que les membres de la même famille puissent présenter des signes d'imprégnation.

Les 10 observations de D. ont permis de constater dans tous les cas des douleurs abdominales, un liséré gingival et de l'anémie. Les autres localisations et les autres symptômes sont moins constants. Mais, dans tous les cas, la présence du plomb dans l'eau de boisson a pu être décelée.

D. étudie en même temps que le traitement curateur (régime alcalin) les mesures prophylactiques plus efficaces encore pour éviter le retour d'accidents en série.

J. Okinczyc.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

J.-P. Roger. ***Résultats de la thoracoplastie dans la tuberculose pulmonaire*** (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, n° 1, Janvier 1936, p. 15-27). — De Décembre 1931 à Août 1933, R. a pratiqué 15 thoracoplasties dont il apporte les résultats.

Dans 12 cas, il s'agissait de tuberculose pulmonaire non compliquée; 7 peuvent être considérés, d'après l'état du malade au moment de l'intervention, comme de bons cas, 4 comme douteux et 1 comme mauvais. 3 thoracoplasties ont été faites chez des sujets présentant un épanchement chronique à bacilles de Koch sans infection secondaire.

Sur les 15 malades opérés, 7 ont pratiquement guéri (46,6 pour 100), 2 sont améliorés (13,3 pour 100), 2 sont dans un état stationnaire (13,3 pour 100), 3 sont morts des suites opératoires (20 pour 100), 1 est mort de phtisie 6 mois plus tard (6,6 pour 100).

Il est évident que le choix des malades influe considérablement sur les résultats; les 7 malades guéris appartenaient tous au groupe des cas considérés comme favorables. Il faut choisir des sujets dont la tuberculose est unilatérale et dont la sclérose rétractile dénote la résistance et la tendance naturelle à la guérison, ceux dont l'état général est bon, le pouls et la température à peu près normaux.

Une résection minima, mais paravertébrale, provoque un affaissement beaucoup plus marqué qu'une résection large mais plus antérieure. L'infection de la plaie opératoire dans les thoracoplasties est beaucoup plus fréquente que dans les autres plaies chirurgicales. Il faudra faire des sections nettes, pratiquer une hémostase rigoureuse et reconstituer avec soin les plans sectionnés.

Les résultats obtenus jusqu'ici, sans être parfaits, sont assez encourageants pour qu'en choisissant bien les malades, en améliorant les techniques, on soit en droit d'attendre mieux de cette thérapeutique.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

W. J. McNeal et **F. C. Frisbee**. ***La pratique du traitement des septicémies staphylococciques par le bactériophage*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **191**, n° 2, Février 1936, p. 170-179). — Le diagnostic de septicémie staphylococcique se fait par l'hémoculture qui est pratiquée sur milieu solide, de façon à pouvoir évaluer le nombre des agents pathogènes. La septicémie reconnue, on utilise d'abord un bactériophage de stock pendant qu'on prépare le bactériophage spécifique en soumettant une culture du staphylocoque isolé du sang à la lyse par un mélange de bactériophages de stock. Le filtrat de cette culture lysée renferme un bactériophage puissant adapté à l'organisme spécifique ainsi que des protéines bactériennes spécifiques. Cette préparation demande de deux à huit jours.

S'il existe des lésions accessibles, on applique largement dessus du bouillon renfermant le bactériophage et l'on injecte autour de la lésion une culture de bactériophage sur milieu à l'asparagine. Par ailleurs, on injecte du bactériophage dans les veines, et à dose suffisante pour provoquer une réaction de choc. On commence d'ordinaire par 0,5 cmc et l'on fait ensuite des doses croissantes à 45 minutes d'intervalle jusqu'à 10 cmc pour arriver à une dose totale qui peut atteindre 100 cmc. S'il se produit un choc marqué, on suspend les injections pendant huit à vingt heures. S'il ne se produit pas de choc, le pronostic est en général moins favorable; on augmentera alors la dose de façon à faire 100 cmc chez les enfants de moins de 5 ans, 200 cmc jusqu'à 15 ans et 300 cmc chez les adultes. On substitue le bactériophage spécifique dès qu'il est préparé. Pendant les deux ou trois jours qui suivent le choc, on ne fait que la moitié de la dernière dose de la série qui a été suivie de réaction. Si une nouvelle hémoculture se montre positive, on essaie de nouveau de provoquer un choc le quatrième jour et le septième jour. Quand l'hémoculture devient négative, on diminue la dose intraveineuse; bref, on se guide sur les résultats de l'hémoculture pratiquée deux fois par semaine pour diriger le traitement.

Etant donné la fréquence des déterminations rénales ou périrénales tardives, on continuera le traitement, mais cette fois par voie sous-cutanée, pendant les trois mois qui suivent la guérison apparente.

Pour M. et F., la réaction de choc dépend, non des substances contenues dans le bactériophage, mais d'une interaction se produisant entre les bactéries, le bactériophage et les mécanismes naturels de défense de l'organisme.

Ils rapportent en détail un succès et un cas malheureux qui servent à illustrer la technique du traitement.

P.-L. Marie.

W. J. McNeal et **F. C. Frisbee**. ***Une série de 100 cas de septicémie staphylococcique traités par le bactériophage*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **191**, n° 2, Février 1936, p. 179-196). — McN. et F. relatent l'histoire résumée de 100 cas consécutifs de septicémie staphylococcique qui ont été soumis au traitement par le bactériophage tel qu'il a été précisé ci-dessus.

La septicémie staphylococcique se montre dans les deux sexes et à tous les âges, mais chez les adultes, elle frappe de préférence les hommes.

Parmi ces 100 malades, 75 succombèrent et 25 survécurent, proportion bien meilleure que celle constatée chez les patients non traités par le bactériophage; dans certains cas le bactériophage a semblé avoir une action héroïque.

P.-L. Marie.

A. C. Reed et **H. H. Anderson.** ***Amibiase et cancer du côlon*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **191**, n° 2, Février 1936, p. 237-251). — Desjardins a décrit les pseudo-cancers coliques d'origine amibienne, le diagnostic erroné ayant pu conduire à des interventions, et Rogers a vu 2 cas de ces pseudo-cancers guéris par l'émétine. Mais, d'autre part, le cancer du côlon peut être une séquelle de la dysenterie amibienne. R. et A. rapportent en détail quatre faits de ce genre qui illustrent les difficultés du diagnostic qui tiennent à la localisation identique des lésions (cæcum, sigmoïde, côlon descendant) et à la similitude des symptômes.

Dans tous ces cas on put obtenir finalement la disparition des amibes, mais les symptômes persistèrent, se reproduisirent ou s'aggravèrent, et c'est cette évolution qui attira l'attention sur la possibilité d'un cancer associé.

Parmi les méthodes spéciales de diagnostic, la sigmoïdoscopie doit toujours être pratiquée, mais elle ne renseigne pas si le cancer est situé au-dessus du sigmoïde. Tous les cas d'amibiase chronique qui présentent des rechutes de dysenterie ou de la diarrhée doivent être examinés radiologiquement, le lavement baryté ne devant jamais être omis, afin de déterminer précocement, si possible, le degré d'extension des lésions amibiennes du côlon et de découvrir les symptômes de malignité. L'importance des examens parasitologiques minutieux des selles n'a pas besoin d'être soulignée. La biopsie des masses repérées éventuellement dans le sigmoïde apporte une aide précieuse au diagnostic.

Il existe au moins deux moyens pour l'amibiase de mener au cancer: soit par l'intermédiaire de l'irritation chronique résultant des lésions amibiennes, soit par l'intermédiaire des polypes et des adénomes bénins qui se développent fréquemment à la suite des lésions amibiennes du côlon et qui subissent facilement la dégénérescence cancéreuse. Il faut également tenir compte des facteurs constitutionnels encore inconnus qui prédisposent au cancer.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

J. B. McNaught, V. C. Scott, F. M. Woods et **G. H. Whipple.** ***Régénération des protéines du plasma sous l'influence du régime alimentaire*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **63**, n° 2, Février 1936, p. 277-301). — De même que l'on peut contrôler la production de l'hémoglobine dans l'anémie au moyen du régime alimentaire, de même on peut contrôler la production des protéines du plasma dans l'hypoprotéinémie expérimentale réalisée grâce à la plasmaphérèse (saignées répétées suivies de réinjection des globules rouges lavés). Chez les chiens ainsi traités, on peut maintenir un taux de protéines du plasma constamment bas et avec un régime alimentaire de base convenable obtenir une production uniforme de protéines du plasma. Ces chiens deviennent des animaux d'épreuve chez lesquels on peut mesurer la valeur des divers aliments à l'égard de la régénération des protéines de plasma. On peut comparer ainsi l'influence respective des protéines d'origine végétale et des protéines animales. En faisant les bilans azotés de ces animaux soumis à des régimes différents, on constate que les protéines des céréales et des végétaux (pomme de terre) sont très bien utilisées pour former de nouvelles protéines du plasma, et le pois de soja tout spécialement; aussi efficace que le foie, il est utilisé avec une rapidité inattendue et favorise la production de la sérine, à la différence des autres protéines végétales qui ne sont utilisées que lentement et favorisent surtout la production de la globuline. Le soja mérite donc d'être étudié chez l'homme en état d'hypoprotéinémie et il pourrait être utile dans le régime des rénaux.

La prolongation des périodes de plasmaphérèse chez les chiens soumis à un régime de base riche en protéines de céréales diminue leur résistance à l'infection.

La rate, la substance cérébrale et l'estomac ajoutés au régime de base exercent une action moins favorable sur la régénération des protéines du plasma. Il faut en donner davantage pour arriver à produire 1 gr. de nouvelles protéines.

Chez les chiens soumis au jeûne, la production de protéines du plasma est insignifiante, 4 à 6 gr. par semaine, qui dérivent probablement des protéines tissulaires de l'animal, alors que, chez l'animal soumis au régime de base, la production est d'une dizaine de grammes par semaine.

L'infection et l'intoxication troublent notablement la production de protéines du plasma chez ces chiens en équilibre hypoprotéinémique et peuvent la faire tomber à des niveaux très bas, en dépit d'une ingestion considérable de nourriture. Pendant le premier jour de l'intoxication, il peut se produire une chute brusque des protéines du plasma.

P.-L. Marie.

NEW-YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE

P. H. Garvey et **D. J. Stephens** (Rochester). ***Purpura hémorragique avec hémorragie intracranienne*** (*New-York State Journal of Medicine*, t. **36**, n° 2, 15 Janvier 1936, p. 97-101). — La fréquence de l'hémorragie intra-cranienne terminale dans le purpura hémorragique est sous-estimée. Depuis 1926, G. et S. ont observé 30 cas de purpura hémorragique, 10 se sont terminés par la mort et 7 fois la cause du décès fut une hémorragie intra-cranienne confirmée par l'autopsie dans 5 cas.

5 observations cliniques, avec le résultat anatomique de l'autopsie, sont rapportées ici et montrent bien le rôle de l'hémorragie cérébrale ou cérébro-méningée comme cause de la terminaison des purpuras hémorragiques chroniques. Dans la plupart des cas, il s'agit de jeunes sujets entre 18 et 33 ans. Chez un malade de 12 ans qui présentait depuis un an des épistaxis répétées et persistantes, une céphalée intense avec diplopie, sensation d'ébriété, vomissements et convulsions, firent pratiquer une ponction lombaire qui montra une hémorragie méningée. La splénectomie pratiquée amena une amélioration rapide des signes neurologiques et une augmentation des plaquettes sanguines dans les heures après l'opération. Depuis 1 an que la splénectomie a eu lieu, il n'y a eu aucune reprise des manifestations hémorragiques.

Les transfusions, pratiquées chez plusieurs sujets, n'ont pas prévenu l'apparition d'une hémorragie intracranienne. Dans la plupart des types de purpura secondaire, aussi bien que dans quelques cas de purpura idiopathique, la splénectomie non plus ne supprime pas les phénomènes hémorragiques.

Robert Clément.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

Wendell Muncie (Breslau). ***Agnosie digitale de Gerstmann*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **57**, n° 6, Décembre 1935, p. 330-342). — En 1924, Gerstmann, de Vienne, décrivit chez une femme de 52 ans ayant eu un accident cérébral un syndrome caractérisé par l'incapacité à reconnaître, nommer ou toucher ses doigts et ceux des autres, une certaine maladresse des doigts, une certaine désorientation qui l'empêchait de distinguer la droite et la gauche de son corps ou de ceux des autres, une agraphie pure et une incapacité pour le calcul. Depuis, ce syndrome a été retrouvé par un certain nombre d'auteurs.

M. en apporte 2 nouvelles observations. Le premier, un homme de 49 ans, commença par se plaindre de fatigue et d'éprouver de la difficulté à différencier les arbres. A l'agnosie des doigts s'associaient l'impossibilité de distinguer la droite de la gauche, une agraphie pure, une incapacité pour le calcul, des troubles sensitifs et moteurs du côté droit et une hémianopsie. Il y avait, en outre, une légère apraxie. Ce syndrome neurologique était en rapport avec le développement progressif et rapide d'une tumeur cérébrale profonde siégeant dans la région pariéto-occipitale de l'hémisphère gauche.

Le deuxième cas concernait un homme de 30 ans, chez qui des symptômes analogues furent observés comme manifestations d'une encéphalopathie chronique. L'agnosie digitale et la perte de la notion de la droite et la gauche disparurent simultanément sous l'influence du traitement. Là aussi, il y avait agraphie, alexie et légère apraxie motrice.

Robert Clément.

Th. J. Abernethy, F. J. Horsfall et **C. M. Mac Leod.** ***Pneumothorax thérapeutique dans la pneumonie lobaire*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **58**, n° 1, Janvier 1936, p. 35-57). — A., H. et M. rapportent le détail de 9 observations de pneumonie lobaire survenue entre 17 et 43 ans, traitée par un pneumothorax artificiel. 6 malades reçurent de grandes quantités d'air en un temps assez court pour réaliser le collapsus du poumon atteint aussi complètement et aussi rapidement que possible. Les 3 autres ne furent insufflés que très légèrement.

On peut introduire, sans causer un tort sérieux au malade, les grandes quantités d'air nécessaires pour réaliser le collapsus d'un poumon pneumonique. Cependant le pneumothorax massif provoque fréquemment une augmentation de la dyspnée, de la tachypnée et de la cyanose. La douleur pleurale qui accompagne la pneumonie disparaît après introduction de petites quantités d'air dans la plèvre; des doses plus fortes entraînent une douleur sous-sternale. Les modifications de la pression artérielle systolique qui suivent le pneumothorax massif sont en rapport avec l'élévation de la pression intra-pleurale.

Dans les 6 cas où le pneumothorax constitua la seule thérapeutique, il fut institué trois fois le premier jour, deux fois le second et une fois le troisième. Sur ces 6 cas, un se termina le cinquième jour, 4 le sixième. Le dernier, malgré une chute de la température le cinquième jour, persista 12 jours. Malgré le traitement précoce et le collapsus relativement complet du poumon malade, on eut l'impression que cette méthode thérapeutique ne raccourcissait pas ou peu la durée de la maladie.

5 cas sur 9 s'accompagnèrent d'un épanchement pleural anormal, 2 fois seulement il fut assez abon-



POUR LE TRAITEMENT DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne. PARIS-15e. Vaugir. 11-23
A.S.I.P.



DIGESTION DES FÉCULENTS, MATERNISATION DU LAIT,
NEURASTHÉNIE, RACHITISME, TUBERCULOSE
CONVALESCENCE
AMYLODIASTASE THÉPÉNIER
"PHOSPHODIASTASES" ÉMINEMMENT ASSIMILABLES DES CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
2 à 3 Comprimés après chaque repas
SIROP
2 cuillerées à café après chaque repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8e

dant pour nécessiter une thoracentèse. Il n'y eut pas d'empyème.

La décompression ou le retrait de l'air de la cavité pleurale, après la disparition des symptômes aigus, permit la réexpansion du poumon et n'entraîna pas de réactivation de l'infection.

ROBERT CLÉMENT.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

F. A. Hartman. ***Le problème surrénal*** (*Endocrinology*, t. **19**, n° 6, Novembre 1935, p. 633-639). — H. passe en revue les diverses propriétés de la « cortine », la principale hormone cortico-surrénale. Elle joue un rôle dans le maintien du volume du plasma. Sa diminution de volume, quand l'hormone fait défaut, ne s'explique ni par la déperdition de liquide par le rein ni par la diminution de l'absorption de liquide; il doit y avoir une nouvelle répartition de l'eau dans l'organisme des animaux manquant de cortine. Le mécanisme de cette action est encore inconnu, mais on sait que le sodium et le chlore sont éliminés en quantités anormales par le rein, ce qui détermine un bouleversement des électrolytes dans l'organisme. Bien que ces pertes puissent être importantes, il y a des modifications plus essentielles, car il est parfois possible de guérir les animaux en état de collapsus au moyen de l'injection de cortine sans leur administrer d'eau ni d'électrolytes. Bien qu'un apport de chlorure de sodium améliore les symptômes de l'insuffisance surrénale récente, il est inefficace à un stade avancé.

La cortine est nécessaire, non seulement au fonctionnement normal de l'appareil digestif, mais encore à la nutrition. Les extraits contenant cette hormone et dépourvus de vitamine C retardent le début du scorbut. De même, ces extraits protègent contre les effets de la carence en vitamine B^1.

On connaît encore mal les rapports entre surrénales et métabolisme. Elles interviennent dans le métabolisme des hydrates de carbone. L'hyperinsulinémie semble accroître la sécrétion de l'adrénaline; d'autre part, les animaux décapsulés sont beaucoup plus sensibles à l'insuline. Le diabète expérimental est bien plus accusé dans l'insuffisance surrénale, ce qui est dû en partie à l'absence de la cortine.

La cortine influence le système nerveux; elle abolit la fatigabilité mentale et l'irritabilité des addisoniens; elle procure de l'euphorie après certaines infections épuisantes. La cortine semble agir ici de façon contraire à l'adrénaline qui est excitante et énervante. Elle abolit aussi la fatigue musculaire, ce qui semble en partie résulter de modifications locales des muscles.

Les premiers symptômes chez les animaux en état d'insuffisance surrénale chronique sont la perte de l'appétit et la fatigabilité accrue; la pigmentation n'a jamais été observée, sauf chez le singe. La cortine semble être une hormone générale des tissus.

Le cortex surrénal semble élaborer d'autres hormones. Le développement sexuel précoce concomitant de certaines tumeurs corticales ne peut être expliqué par une hypersécrétion de cortine. La nécessité d'un second facteur pour maintenir le taux de la sécrétion lactée chez le rat indique la présence d'une autre hormone corticale.

La corticale a peu de tendance à s'hypertrophier à la suite des maladies qui la frappent ou après son excision.

Il est probable que l'organisme a besoin de tout le tissu cortical qu'il possède quand il est soumis au surmenage.

La question des relations du cortex surrénal avec les autres endocrines, antéhypophyse en particulier, est passionnante, mais encore très obscure.

P.-L. MARIE.

W. A. Reilly. ***Une affection endocrinienne familiale atypique chez des garçons présentant un syndrome d'autres défectuosités*** (*Endocrinology*, t. **19**, n° 6, Novembre 1935, p. 639-649). — R. rapporte deux observations d'une affection endocrinienne familiale atypique, atteignant 2 garçons, qui fut prise d'abord pour de l'hypothyroïdie et qui rappelle les faits publiés par Hunter, David et Currier, Léri. A côté du complexe endocrinien se groupaient tout un ensemble d'anomalies, en particulier des troubles squelettiques, ressemblant à la pléonostéose de Léri.

Chez ces 2 frères, on trouvait un facies rappelant celui des hypothyroïdiens, de la névrite optique, de la surdi-mutité, un développement mental normal, un crâne volumineux dolichocéphale, des extrémités épaissies et une limitation de l'extension des articulations qui se présentaient toujours partiellement fléchies, un retard de l'ossification des épiphyses, des os épais, des cheveux gros et rudes, un abdomen volumineux et étalé, une hépato-splénomégalie, une tendance à la leucopénie avec prédominance des lymphocytes. Rien ne permettait de penser à l'hérédo-syphilis. Le traitement thyroïdien resta sans effet.

Un de ces enfants succomba brusquement à de l'œdème pulmonaire à l'âge de 9 ans. L'autopsie montra des zones de dégénérescence et de nécrose dans le lobe antérieur de l'hypophyse. La thyroïde présentait une hyperplasie légère associée à une augmentation du tissu conjonctif interlobulaire avec des signes de dégénérescence au niveau de nombreuses cellules alvéolaires. Le thymus était augmenté de volume.

Si donc certains traits évoquent une insuffisance thyroïdienne, d'autres sont en contradiction avec ce diagnostic et d'autres anomalies ne peuvent guère relever d'une endocrinopathie. Ces faits semblent constituer un groupe morbide à part; ils pourraient représenter une forme atténuée du syndrome de Helmoltz-Harrington.

P.-L. MARIE.

M. B. Goldberg et **H. Lisser.** ***L'emménine (extrait de placenta humain préparé selon la technique de Collip) en clinique*** [*Endocrinology*, t. **19**, n° 6, Novembre 1935, p. 649-656]. — L'emménine est un complexe soluble dans l'alcool, insoluble dans l'éther, existant dans les extraits acétoniques de placenta humain, qui se montre actif par voie buccale et doué d'une grande puissance œstrogène chez les rongeurs impubères ayant leurs ovaires intacts, mais presque dépourvu d'action chez les animaux ovariectomisés. Collip avait déjà noté que chez la femme l'emménine n'altère pas le cycle menstruel normal et qu'elle peut corriger certains types d'aménorrhée d'origine récente, allonger le cycle dans la polyménorrhée et atténuer les symptômes de ménopause récents, mais non chez les femmes ovariotomiées.

G. et L. ont employé l'emménine chez 83 patientes. Elle s'est montrée utile dans l'aménorrhée où elle a pu faire réapparaître la menstruation, quand celle-ci manquait depuis moins d'un an, mais elle est inefficace quand l'absence de règles dure depuis plus longtemps.

Dans 8 cas d'oligoménorrhée (retard des règles) l'intervalle entre les règles fut régularisé. Même résultat chez 7 patientes dont les règles étaient extrêmement irrégulières.

L'emménine n'influença pas la polyménorrhée (fréquence exagérée des règles).

Chez 9 femmes sur 12, l'hypoménorrhée (règles trop peu abondantes) s'améliora nettement.

Les symptômes de ménopause et les céphalées menstruelles s'atténuèrent dans la majorité des cas.

Dans 2 cas de stérilité sur 4, une grossesse se produisit avec l'emménine.

Plus de la moitié des femmes atteintes de dysménorrhée intense furent remarquablement améliorées. C'est incontestablement dans ce domaine que les résultats furent les plus brillants.

L'emménine mérite donc une place dans le traitement des troubles menstruels. Le principal obstacle à son emploi sur une large échelle est son prix très élevé.

P.-L. MARIE.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS
(Chicago)

E. E. Blanck (Chicago). ***Ulcère peptique : étude expérimentale*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **61**, n° 4, Octobre 1935, p. 480-494). — Dans ce travail, B. s'efforce de démontrer que chez le chien, la perte de la bile est d'une importance capitale pour provoquer des ulcérations expérimentales, mais que par une nourriture convenable mélangée de bile fraîche, on pourrait prévenir la formation de ces ulcères.

Sur 8 chiens, il a été fait un drainage complet de la bile à l'extérieur, 5 d'entre eux furent laissés au régime normal du laboratoire: chez tous, il se développa non seulement des ulcères peptiques, mais encore des lésions pathologiques associées de gastrite, duodénite et jéjunite.

Pour les 3 autres chiens, on ajouta à leur nourriture de la bile fraîche de chien: chez eux, on n'observa ni ulcères peptiques, ni lésions associées.

Ces lésions inflammatoires associées sont comparables histologiquement à celles qui accompagnent chez l'homme les ulcères peptiques.

M. GUIBÉ.

C. A. Hellwig (Wichita, Kansas). ***Diagnostic histologique au cours des opérations; valeur de la technique supra-vitale de Terry dans 1.030 biopsies*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **61**, n° 4, Octobre 1935, p. 494-499). — La technique que recommande H. est la suivante:

La pièce à examiner, fraîche et sans aucune fixation, est piquée sur une plaque de liège; avec un rasoir, on y pratique une coupe aussi mince que possible qu'on étend sur une lame de verre. On colore sa face superficielle pendant 1 à 3 secondes avec quelques gouttes de bleu de méthylène polychrome neutre de Terry. On enlève l'excès de colorant avec un filet d'eau et on recouvre d'une lamelle couvre-objet. Il n'y a plus qu'à examiner au microscope en éclairant la coupe par transparence avec une lumière puissante (ampoule Mazda de 60 watts ou arc électrique).

Seule la couche superficielle de cellules est colorée, les noyaux en bleu foncé, le tissu conjonctif ou le muscle en rose pâle.

L'examen peut se faire avec un faible ou un fort grossissement.

La coupe se décolore assez vite (six minutes environ), mais il est possible de la recolorer ou d'en faire une nouvelle.

Les avantages de la méthode sont multiples:

1° Les petites pièces ne sont pas perdues, comme dans la méthode par congélation. On peut, après examen, fixer les coupes et les reprendre par une autre méthode et une autre coloration.

2° La technique est facile et n'exige pas un technicien consommé.

3° Aucune méthode n'est aussi rapide: en une minute, la coupe est faite et colorée. Il est ainsi facile de multiplier les coupes en différents points de la tumeur, de reconnaître l'envahissement des ganglions, etc.

Il était intéressant de contrôler les résultats de cette méthode avec ceux qui seraient fournis par l'examen de coupes faites après fixation et montage à la paraffine. Or, sur les 1.030 biopsies, dont 303 se rapportant à des tumeurs malignes, il y a eu accord complet entre les résultats des deux méthodes dans 93,1 pour 100 des cas, et même le diagnostic entre tumeur bénigne et tumeur ma-


Gardénal

ligne s'est révélé correct dans 96,6 pour 100 des cas.

Le triomphe de la méthode est le sein où il n'y a pas eu un seul échec. Beaucoup plus difficile est l'examen des produits de curettage de la muqueuse utérine ou des petits polypes de la vessie. Mais les cas les plus difficiles ont été les lésions non cancéreuses des ganglions lymphatiques: 4 cas de maladie de Hodgkin ont été diagnostiqués tuberculose. Au contraire, les métastases cancéreuses ganglionnaires sont très faciles à reconnaître.

Il a été parfois nécessaire de faire plusieurs coupes pour arriver au diagnostic. C'est seulement dans 1,6 pour 100 des cas que le diagnostic a été reconnu impossible et qu'il a fallu recourir à un examen après montage à la paraffine.

5 fois un cancer a été méconnu; mais jamais une lésion bénigne n'a été prise pour une lésion maligne, sauf dans un cas d'angiome cellulaire de la peau, pris pour un sarcome, par suite d'un défaut d'éclairage.

M. Guibé.

ORVOSI HETILAP

(Budapest)

B. Kollants. ***Adénome sébacé de Pringle et fibromatose sous-unguéale comme signes de la neurofibromatose de Recklinghausen*** (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 1, 4 Janvier 1936, p. 23). — Après avoir rappelé les 8 cas de fibromatose sous-unguéale publiés par Polland, Dubreuilh, Saalfeld, Dobrotoorskaja, Busch, C. K. Valade, Enekov, Nimpfen, K. rapporte la neuvième observation. Il s'agit d'une femme âgée de 74 ans. On note une légère atteinte de l'intelligence, des adénomes sébacés du front et du cou, une hyperkératose sous-unguéale, constatable au niveau des doigts et des orteils, formant parfois des excroissances papillomateuses plus ou moins volumineuses.

Au point de vue histologique: la coupe des glandes sébacées montre une prolifération conjonctive périglandulaire et une multiplication des capillaires sanguins; au niveau des lésions unguéales, on trouve une hyperkératose, un élargissement du *stratum granulosum* et de l'acanthose.

L'association du trouble de l'intelligence, de l'adénome sébacé et de la fibromatose sous-unguéale n'est pas un simple fait de coïncidence. En passant en revue les 9 cas publiés, leur association est souvent constatable. C'est pour cette raison que K. considère l'adénome sébacé et la fibromatose sous-unguéale comme des symptômes rares, surtout d'une forme fruste de la neurofibromatose de Recklinghausen. C'est ce que confirme l'analogie histologique de ces lésions.

Balasffy-Blasko.

J. Mosonyi. ***Trouble du métabolisme et hyperthyroïdie dans le scorbut*** (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 4, 25 Janvier 1936, p. 81). — Les expériences de Mosonyi et Rigo, de Calcinai et Galigani sur le cobaye, celles de Strieck sur l'homme et le chien ont montré que la vitamine C fait croître, dans l'organisme normal, les phénomènes d'oxydation, et il n'est pas vraisemblable qu'elle n'exerce pas, dans l'organisme scorbutique, une action inhibitrice sur cette oxydation. Les expériences récentes de M. semblent confirmer cette dernière hypothèse. M., notamment, a réussi à démontrer l'antagonisme entre la vitamine C et la thyroxine.

L'administration de l'hormone thyroïdienne (0 milligr. 5 de thyroxine ou 1 cmc d'extrait thyroïdien par jour) fait tomber, chez le cobaye, la teneur en vitamine C du foie et celle des capsules surrénales. Dans le foie, la thyroxine provoque une diminution de 0 milligr. 26 à 0 milligr. 20 par gramme d'organe (— 23 pour 100), l'extrait thyroïdien fait baisser la vitamine C de 0 milligr. 26 à 0 milligr. 23 (— 11,5 pour 100). Dans les capsules surrénales, on a constaté, pour la thyroxine, une chute de 0 milligr. 80 à 0 milligr. 59 (— 26,2 pour 100); pour l'extrait thyroïdien, l'abaissement fut grand, de 0 milligr. 80 à 0 milligr. 34 (— 57,5 pour 100) par gramme de capsule surrénale.

Chez le rat, pouvant faire la synthèse de la vitamine C, de tels phénomènes n'ont pas été observés. Par contre, chez le même animal, on a constaté, après extirpation du corps thyroïde, une augmentation de la quantité de vitamine C surrénalienne. Dans 2 cas notamment, le chiffre normal (2 milligr. 15 par gramme) s'est élevé au double (3 milligr 75 et 3 milligr. 84 par gramme); en chiffre moyen, l'augmentation était de 54,9 pour 100. Chez ces animaux nourris sans vitamine C, l'augmentation de l'acide ascorbique fut évidemment la conséquence d'une synthèse exagérée par l'hyperfonctionnement des capsules surrénales.

En se basant sur ces deux phénomènes, M. conclut que, au cours du scorbut, la diminution ou la disparition plus ou moins complète de la vitamine C sont suivies d'hyperthyroïdie, qui, elle, entraîne comme conséquence l'augmentation des phénomènes d'oxydation.

A l'appui de cette conception, M. cite les expériences de Demol et Ippen, qui déterminèrent chez des cobayes, par la thyroxine, une thyréotoxicose; chez ces animaux, l'administration de vitamine C empêchait la mort. De même, l'observation de Caridroit (élimination intense d'azote urinaire chez des cobayes scorbutiques) dépend de l'hyperfonctionnement thyroïdien.

Bessesen, Lopez-Lomba et Randoin ont montré que le corps thyroïde et l'hypophyse augmentent de volume chez les cobayes scorbutiques.

Balasffy-Blasko.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY

(Tokio)

Hashimoto et **Koyama.** ***Les porteuses de germes dans la lymphogranulomatose inguinale*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. **38**, n° 6, Décembre 1935, p. 133-135). — De 1926 à 1934, H. et K. ont observé à la clinique de Niigata 140 cas de poradénite inguinale; 10 cas seulement concernaient des femmes (7 pour 100), ce qui s'explique par la fréquence de la lésion chez l'homme et la difficulté du diagnostic chez la femme.

Chez la femme, les signes cliniques dépendent du siège de la lésion initiale; si la porte d'entrée siège aux organes génitaux externes, l'adénopathie se trouvera dans la région inguino-fémorale ou iliaque; si elle siège profondément sur la muqueuse vaginale ou sur le col, ce sont les ganglions iliaques, ceux du bassin et du pourtour du rectum qui sont atteints.

Le type ano-rectal de la poradénite peut s'expliquer par une atteinte primitive des organes génitaux profonds.

H. et K. rapportent l'observation de 3 prostituées qui n'avaient aucune tuméfaction ganglionnaire externe; on notait chez elles quelques altérations de la muqueuse du col et du rectum; la réaction de Frei était positive.

Avec l'antigène obtenu avec la sécrétion vagino-rectale, on obtint une réaction de Frei positive chez plusieurs lymphogranulomateux, comme avec l'antigène original.

20 jours après un coït avec l'une des 3 femmes, un malade présente une poradénite typique.

Les femmes atteintes de poradénite atypique, sans bubon externe, jouent donc un rôle important dans la transmission du virus lymphogranulomateux.

R. Burnier.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

H. Steck. ***Statistiques du delirium tremens en Suisse*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 7, 15 Février 1936, p. 182-185). — En consultant les rapports annuels des asiles ou les déclarations faites par la direction des asiles, S. a constaté qu'entre 1900 et 1932, il avait été interné un total de 3.848 cas de *delirium tremens*. Le nombre annuel augmente régulièrement de 1900 (31 cas) jusqu'à 1913 (227 cas). A partir de cette date, il diminue jusqu'à 1919 (55 cas), passe par un nouveau maximum en 1920 (145 cas), puis présente des oscillations plus ou moins régulières pour atteindre de nouveau un chiffre assez élevé en 1929 (191), après quoi, la courbe baisse (1932 : 107 cas).

Mais il y a lieu de remarquer que la courbe de la fréquence relative du *delirium tremens* diffère un peu de la courbe absolue. La courbe relative baisserait, en effet, régulièrement depuis 1911 dans deux asiles. Par ailleurs, le nombre des délirants parmi les alcooliques mâles a passé dans l'asile de Céry (Vaud) de 46,1 pour 100 en 1911-1915, à 19,6 pour 100 en 1931-1933.

Le *delirium tremens* apparaît en moyenne 3 à 6 ans après le début de l'alcoolisme chronique et, sur 439 délirants d'un asile zurichois, on trouve 333 buveurs de schnaps, alors que dans le canton de Vaud, où on cultive beaucoup la vigne, il n'y a, sur 587 délirants, que 205 buveurs de schnaps.

Parmi ces malades en figure beaucoup qui sont professionnellement en contact avec des boissons alcooliques (hôteliers, marchands de vins, garçons de café, etc.). Cette conséquence de l'alcoolisme ne survient qu'à partir d'un certain âge. Avant 25 ans, elle est rare et diminue après 45 ans. Elle est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

L'influence des causes occasionnelles est diversement appréciée; tandis que Widmer en trouve dans 14 pour 100, J. E. Staehelin en trouve dans 55 pour 100 (affections physiques graves, traumatisme, pneumonie, excitations psychiques). La durée des crises de delirum est de 4 à 6 jours, le maximum observé étant de 9 jours et paraît en voie de diminution tout au moins dans le canton de Zurich (5 à 6 jours en 1898 et 3 à 4 jours en 1913). La mortalité est assez élevée quand un traumatisme sévère a déclanché la crise. Elle peut atteindre alors 26,9 pour 100 comme c'est le cas à la clinique chirurgicale de Zurich. Les crises non compliquées donnent une mortalité qui est évaluée selon les auteurs, de 5,2 à 9,3 pour 100 et qui relève soit de pneumonie, soit d'insuffisance cardiaque. La mortalité est élevée surtout chez les sujets jeunes de 30 à 35 ans (9,6 pour 100).

Les crises ont été compliquées surtout de pneumonie (39 pour 100) qui entraîne souvent la mort. La proportion des tentatives de suicide atteint jusqu'à 2,9 pour 100.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

J. Sénèque et **Ch. Marx.** ***Le fonctionnement de l'estomac après gastrectomie. Le fonctionnement moteur*** (*Journal de Chirurgie*, t. **47**, n° 1, Janvier 1936, p. 1-25). — Sur 265 gastrectomisés du service du prof. Cunéo, de 1920 à 1934, dont 187 pour ulcère et 78 pour cancer, 105 (84 pour ulcère et 21 pour cancer) ont pu être revus (40 à plusieurs reprises) de deux semaines à douze ans après l'opération. C'est l'examen de ces 105 estomacs opérés, avec les 170 investigations radiologiques nécessaires, qui a fourni à S. et M. les éléments de cette étude d'ensemble de l'estomac opéré qui manquait encore à la littérature chirurgicale française.

Pour l'exploration de ces estomacs opérés, la gastroscopie n'a pas été utilisée et on s'est contenté de la radioscopie, complétée parfois par la radiographie, l'exploration ayant pu être faite précocement au 5e jour, en moyenne au 20e jour.

Le moignon gastrique a une forme conique à base remontée haut sous les côtes, à sommet descendant à quelques travers de doigts au-dessus des crêtes iliaques. Le bord droit vertical reste en dehors de l'ombre vertébrale et les crénelures de sa partie inférieure répondent aux invaginations causées par le surjet de la suture.

La suppression de la région antro-pylorique supprime les mouvements péristaltiques, l'estomac restant gardant sa tonicité; sur 8 cas où ces mouvements péristaltiques ont cependant été observés, ils étaient, dans 6 cas, provoqués par le resserrement de l'anastomose dû à la récidive d'un cancer gastrique.

Que la portion restante de l'estomac ait été abouchée au duodénum ou au jéjunum, l'évacuation du repas baryté se fait rarement en trombe; après une phase initiale d'incontinence, elle se fait de nouveau d'une façon rythmée. L'évacuation se fait par l'anse efférente mais le remplissage de l'anse afférente n'est pas rare, et, s'il ne dépasse pas habituellement l'angle duodéno-jéjunal, il peut atteindre la 3e portion ou même le duodénum en entier (sur 88 gastro-jéjunostomies, 37 fois remplissage de l'anse afférente, 4 fois celui du duodénum entier).

Le fonctionnement de la bouche anastomotique n'est pas passif, il est réglé par une action musculaire que S. et M. avec Bergeret et Caroli localisent à la paroi de l'anse grêle efférente, le bloc moignon gastrique et anse anastomosée constituant un ensemble fonctionnel adapté au nouveau régime évacuateur de l'estomac.

Les fonctions motrices de ce bloc évoluent. A une première phase post-opératoire atonique, de dilatation avec hypersécrétion, succède une seconde phase, de six à douze semaines, d'adaptation fonctionnelle avec retour de la motricité et métaplasie de la muqueuse gastrique; puis vient la phase définitive que S. et M. regardent comme assez rapidement atteinte.

Sous le titre de *Problèmes chirurgicaux*, l'action des divers facteurs (lésions, procédé opératoire) sur la fonction motrice de l'estomac opéré est ensuite étudiée.

Quoiqu'ils n'aient pas de cas opérés pour gastrite pure, il apparaît à S. et M. que ce sont, plus que la lésion initiale (cancer ou ulcère), les lésions de gastrite associée qui jouent un rôle défavorable dans la motricité post-opératoire.

Le rôle du procédé opératoire: *anastomose duodénale* (Péan, Billroth I, Kocher) ou *jéjunale*, elle-même *totale* (Reichel, Polya) ou *partielle* (Hoffmeister-Finsterer) est longuement étudié.

L'abouchement duodénal, qui n'est possible qu'après résection peu étendue pour lésion juxta-pylorique ou de la partie basse de la petite courbure, est étroit et peut être encore rétréci par la rétraction (Cunéo) ou l'œdème (Burck). S. et M. ont 12 résultats, éloignés de cinq mois à douze ans, d'opération de Kocher (11 ulcères, 1 cancer), avec 9 évacuations normales et 3 retardées (2 fois par sténose, 1 fois par stase duodénale).

L'abouchement jéjunal a été accusé d'être antiphysiologique, de causer l'évacuation gastrique trop rapide et le remplissage de l'anse afférente, d'être suivi d'ulcère peptique post-opératoire. La question de l'ulcère est réservée et l'étude porte sur les conditions déterminantes du remplissage de l'anse duodénale et de l'évacuation trop rapide.

Sur 88 anastomoses gastro-jéjunales, S. et M. notent 37 fois le remplissage, le plus souvent limité, atteignant 11 fois la 3e portion et 4 fois la totalité du duodénum. Pour eux, après élimination des explications proposées de changement d'orientation de la bouche, de non-fonctionnement d'un sphincter de l'angle duodéno-jéjunal, ils l'attribuent à un obstacle gênant la libre évacuation de l'anse efférente.

La largeur de l'anastomose est sans influence puisque le reflux existe 4 fois sur 12 (Reichel-Polya) où elle est totale, et, au contraire, 33 fois sur 78 (Hoffmeister-Finsterer), où elle n'est que partielle.

L'orientation de l'anse (Pers) n'influe pas, et le renversement, bout duodénal du côté de la grande courbure, pratiqué 9 fois, n'a pas évité dans 6 cas un remplissage très marqué; il est abandonné à la clinique de l'Hôtel-Dieu.

La suspension de l'anse afférente, à la petite courbure dans l'abouchement total (Reichel), à la suture gastrique sus-jacente dans l'abouchement partiel (Finsterer), comparée à la non-suspension, chez les opérés de S. et M., montre que le reflux est plus fréquent (55 pour 100) lorsqu'il y a eu suspension.

Par contre, l'anse longue a une influence fâcheuse (Robineau) et S. et M. assurent un reflux insignifiant et passager par la création de l'anse courte plaçant la bouche à 2 ou 3 cm. seulement de l'angle duodéno-jéjunal.

Pour l'évacuation trop rapide, la création opératoire d'un bas-fond gastrique est inutile; lorsqu'il se forme spontanément, sa présence ne coïncide pas avec un ralentissement de l'évacuation. La création d'un abouchement large (Reichel-Polya) n'a pas l'influence que l'on croirait et, sur 10 opérés vidant leur estomac en moins de quinze minutes, il n'y a pas un seul Reichel-Polya; c'est parce que la longue paroi intestinale peut s'invaginer dans la bouche et l'obstruer ou se laisser distendre, que S. et M. l'ont abandonné pour l'abouchement partiel de Hoffmeister-Finsterer.

Enfin, au point de vue clinique, sont étudiés:

Les troubles précoces de la phase d'atonie post-opératoire: c'est l'échec du traitement médical qui montrera qu'il ne s'agit pas d'un trouble fonctionnel, mais d'un obstacle mécanique exigeant une réintervention immédiate.

Les troubles de la phase d'adaptation, décrits comme *syndrome du petit estomac*, disparaissent en dix à quinze mois; ils existaient sur 23 des 72 opérés examinés à ce point de vue et, sur ces 23, 16 étaient opérés depuis moins d'un an. Ils ne sont pas constants puisque sur 47 opérés depuis moins d'un an, 16 n'ont que de légers troubles digestifs et 31 n'ont pas le moindre malaise. L'existence du syndrome n'est pas exactement dépendante du volume de l'estomac restant et il existe ou manque sur des estomacs radiologiquement identiques. Pas de rapports avec la vitesse d'évacuation, une évacuation en cinq minutes ayant pu correspondre à une digestion normale; pas de rapports décisifs avec le remplissage de l'anse duodénale.

Plutôt qu'aux troubles de motricité, il semble que ce soit aux modifications anatomiques inflammatoires que l'on doive attribuer avec P. Duval et Koujetzny le syndrome du petit estomac.

P. Grisel.

I. S. Babtchine. ***Les résultats immédiats et lointains de la cordotomie*** (*Journal de Chirurgie*, t. **47**, n° 1, Janvier 1936, p. 26-39). — La cordotomie, conseillée par Schiller en 1910, est, depuis 1927, utilisée à Leningrad, dans le service de Polienov où, pour soulager de leurs douleurs 34 malades (16 tumeurs malignes; 12 radiculites, plexites, névrites; 5 douleurs après amputation; 1 douleur tabétique), ont été pratiquées 47 cordotomies se répartissant ainsi: 35 *unilatérales* dont 6 doubles, 4 quadruples; 12 *bilatérales* dont 8 en un temps et 4 en deux temps.

L'étude statistique comporte encore l'âge, le sexe des opérés, le moment de la cordotomie, les opérations répétées et inefficaces antérieures.

Habituellement faite sous anesthésie générale, la section put être dosée et surveillée dans ses effets immédiats dans 3 cas où l'anesthésie ne fut que locale. B. n'a pas observé la douleur vive ressentie dans le membre inférieur du côté opposé à celui de la section, observée par Förster. La section a toujours été faite entre D_2 et D_6, sauf dans un cas de douleur du membre supérieur qui dut être supprimée par une section du troisième segment cervical. Une section étendue tend à intéresser le faisceau pyramidal et n'est donc justifiée que dans les cas de douleurs dues au cancer.

Dans tous les cas le soulagement immédiat et complet a été obtenu.

Cette section physiologique des cordons antéro-latéraux a permis de vérifier les notions anatomo-physiologiques admises: sur le passage dans le faisceau de Gowers des fibres de la sensibilité douloureuse et thermique du côté opposé du corps, sur l'entrecroisement très rapide des fibres après leur pénétration, sur la situation périphérique des fibres les plus longues. Par l'association à l'anesthésie douloureuse et thermique d'une légère hypoesthésie tactile, elle prouve la présence dans le faisceau de Gowers de fibres de sensibilité tactile croisées elles aussi.

Par l'élévation de température du côté opéré qu'elle détermine, elle indique l'existence, dans le cordon antéro-latéral, de voies végétatives vaso-constrictrices où Förster a déjà indiqué la présence de celles réglant la sécrétion des glandes sudoripares. L'hypotonie parfois constatée dans le membre inférieur du côté de la section dépend de l'atteinte non seulement du faisceau pyramidal mais encore des voies descendantes du faisceau de Monakov et même du faisceau triangulaire de Helweg.

Les récidives de douleur peuvent être attribuées à l'existence de voies complémentaires de la sensibilité douloureuse qui, pour Förster, seraient contenues dans le faisceau de Flechsig, dans les cordons postérieurs et dans les cornes postérieures de la substance grise. Elles peuvent encore provenir de voies sympathiques paramédullaires ou dépendre exceptionnellement de la localisation centrale de la douleur dans le thalamus et même dans les hémisphères.

Il n'y a pas eu de mort attribuable à la cordotomie en elle-même; un cas de mort par embolie



ENTÉRITES, DIARRHÉES, CONSTIPATIONS, DERMATOSES,
AUTO-INTOXICATIONS
OZÈNES
BULGARINE THÉPÉNIER
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL DE BACILLES BULGARES
1° BOUILLON
4 Verres à Madère par jour
2° COMPRIMÉS
6 à 8 Comprimés par jour avant les repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8e

gazeuse au moment de la laminectomie; deux à la période post-opératoire par cachexie et méningite; ces 3 cas donnant une mortalité de 5,9 pour 100.

Les complications post-opératoires ont été: des troubles moteurs passagers laissant une parésie (53,3 pour 100) et un Babinski positif; des troubles sphinctériens (59 pour 100) passagers; du météorisme abdominal dans les cordotomies bilatérales; des douleurs en ceinture constantes (97,4 pour 100) et persistantes du côté et au niveau de la section.

Au point de vue des suites éloignées, deux groupes:

1° 21 opérés ayant survécu moins d'un an, presque tous atteints de tumeurs malignes, avec 15 suppressions complètes de la douleur et 6 améliorations très sensibles;

2° 13 opérés à survie prolongée (4 de un à deux ans, 1 de deux à trois ans, 8 de cinq à huit ans) presque tous, sauf un, atteints de lésions douloureuses non cancéreuses, se répartissent ainsi: 4 succès complets, 5 améliorations partielles, 4 échecs.

Il y a donc eu, en totalité, 19 cas (56 pour 100) où les douleurs ont été radicalement enrayées; 11 cas (32 pour 100) de récidive partielle; 4 cas (12 pour 100) d'échecs.

La cordotomie est une opération de très grande valeur pratique dans les douleurs opiniâtres réfractaires à tout traitement. Ses résultats les plus favorables ont été obtenus dans les cas de tumeurs malignes, les plus modestes dans les cas de douleurs après amputation. Pour avoir son maximum d'efficacité elle doit être bilatérale même dans les cas de douleurs unilatérales quand elles sont particulièrement tenaces et intenses et n'ont pas cédé à la cordotomie unilatérale.

P. Grisel.

J. Sénèque et Ch. Marx. ***Le fonctionnement de l'estomac après gastrectomie. Les fonctions sécrétoires gastro-intestinales après la gastrectomie*** (*Journal de Chirurgie*, t. **47**, n° 2, Février 1936, p. 177-196). — Il ne peut être donné une véritable analyse de cet intéressant mémoire, où S. et M., après examen prolongé post-opératoire de 17 de leurs gastrectomisés, étudient, à l'aide des documents fournis par une abondante littérature, les fonctions sécrétoires de l'estomac opéré dont ils avaient, dans un mémoire précédent, étudié les fonctions motrices.

Le problème du fonctionnement sécrétoire est étudié au triple point de vue: physiologique, opératoire et clinique.

Physiologie. — But des gastrectomies larges actuelles, la disparition ou tout au moins la forte diminution de l'acidité gastrique a été obtenue pour 93,7 pour 100 des 17 opérés. Dans un seul cas, de résection médiogastrique, avec conservation de la région pylorique, il y eut une hyperacidité post-opératoire (acidité chlorhydrique, 2,76; acidité totale, 3,08) faisant preuve du rôle justement attribué à la région antro-pylorique dans la sécrétion acide du fundus. Parmi les 16 autres cas, 11, soit 70 pour 100, avaient une anachlorhydrie complète et une acidité totale très réduite; 4 avaient une hypochlorhydrie seulement déterminée par l'injection d'histamine; 1 seul (Kocher pour ulcère de la petite courbure) avait de l'acide chlorhydrique libre avant comme après l'histamine.

Pour ce qui est des cas où cette acidité persiste, ou reparaît après avoir disparu, S. et M. discutent les hypothèses émises d'un réflexe intestinal acidogène suppléant le réflexe antral supprimé, ou d'une métaplasie de la muqueuse de l'estomac opéré aboutissant à la création d'une nouvelle zone réflexogène (Konjetzny et Stock). Ils montrent: 1° que le résultat de l'exploration du chimisme gastrique dépend du moyen d'exploration et que l'anachlorhydrie constatée dans 100 pour 100 des cas avec le repas d'épreuve ne l'est plus que dans 70 à 80 pour 100 avec l'injection d'histamine; 2° que le chimisme gastrique doit être étudié en fonction de l'étendue de la résection que les perfectionnements de la technique actuelle font beaucoup plus large qu'elle ne l'était dans les cas anciens.

Chez 16 de leurs opérés que S. et M. ont pu revoir, la gastrectomie datait de dix-sept jours à un an pour 11 d'entre eux dont 10 anachlorhydriques et un hypochlorhydrique (Kocher pour ulcère de la petite courbure); pour les 5 restants, l'intervention datait de quatorze mois à deux ans et demi, un seul était anachlorhydrique, 3 avaient des valeurs subacides (2 Polya, 1 Finsterer), le 5° présentait une acidité normale (Kocher).

La *pepsine* du suc de l'estomac opéré n'a plus qu'une action digestive très réduite par suite de la disparition de l'acidité.

La *bile*, le *suc pancréatique*, dont la trypsine a pu 8 fois être dosée, se retrouvent dans l'estomac opéré par suite de la disparition de la barrière pylorique.

Un point particulièrement étudié par S. et M. est celui de la flore microbienne de l'estomac opéré. Sur 16 examens, ils ont constaté 8 fois la présence du colibacille, hôte anormal des segments digestifs supérieurs; ils l'expliquent par l'anachlorhydrie recherchée et produite par l'opération. Chez 10 anachlorhydriques, S. et M. trouvent 8 sucs gastriques contenant du colibacille à l'état de pureté, tandis que chez 6 opérés à valeur acide positive, même faible, ils n'ont que des cultures stériles.

La suite de l'étude montre le peu d'action de la gastrectomie sur le fonctionnement de l'intestin comme sur les sécrétions biliaires et pancréatiques externe et interne.

Chirurgie. — S. et M. opposent la gastrectomie pour ulcère gastrique, qui enlève le plus possible des parois en remontant haut sur la petite courbure, à celle pour exclusion (Madlener, Finsterer) d'un ulcère non réséquable du duodénum où c'est la question de l'ablation ou de la conservation du pylore qui se pose. Dans les cas difficiles, pour ne pas augmenter les risques de mortalité par l'ablation du pylore ou ceux d'une récidive de l'ulcère par sa conservation, il y a place pour une solution intermédiaire qui est la résection de la muqueuse antropylorique avec conservation de la musculature.

Clinique. — La phase d'atonie ou d'hypotonie post-opératoire de l'estomac opéré, due à l'hypertonie du vague, est rappelée. L'étude de l'influence de l'anachlorhydrie chez leurs opérés conduit S. et M. à déclarer qu'au cours de leurs examens post-opératoires, ils n'ont jamais observé de troubles fonctionnels qui puissent lui être attribués. Cependant, c'est elle qui permet l'envahissement colibacillaire duodéno-gastrique qu'ils ont observé et auquel pourraient être attribués les troubles vésiculaires dont étaient atteints 7 de leurs malades (2 dont le tubage duodénal avait prouvé la présence du colibacille, 5 pour qui cette preuve n'a pas été établie). Ce n'est là encore qu'une hypothèse qui demande confirmation.

L'anémie n'a été cliniquement observée chez aucun des opérés; elle n'est pas étudiée dans ce mémoire.

Des considérations sur l'alimentation des opérés sont suivies de conclusions qui mettent en valeur les bons résultats de la gastrectomie sans pouvoir affirmer, même en ce qui concerne l'acidité, la raison de son efficacité dans la guérison de l'ulcère.

P. Grisel.

A. W. Melnikoff (Kharkoff). ***Sur la chirurgie des kystes hydatiques*** (*Journal de Chirurgie*, t. **47**, n° 2, Février 1936, p. 197-219). — Nombreux sont les noms des auteurs russes liés soit à l'étude parasitaire, soit à la chirurgie de l'échinococcose, et, en Russie, le nombre des cas de kystes hydatiques à traiter est grand. Ce mémoire du prof. Melnikoff, chirurgien de la Clinique chirurgicale de l'Institut de Médecine de Kharkoff, basé sur 114 cas personnels recueillis en dix ans, exposant les tendances actuelles de la chirurgie de l'échinococcose en U.R.S.S., est donc intéressant et, de plus, sa lecture n'est pas sans causer quelque surprise surtout en ce qui concerne le traitement des kystes hydatiques du foie.

Les 114 cas personnels n'ont pas tous été opérés. Les 59 cas qui l'ont été se répartissent ainsi: poumon 12, foie 35, rate 5, cavité abdominale 4, muscles 2, côtes 1; ils ont donné 2 morts, soit une mortalité de 3,4 pour 100 qui se montre la plus faible des statistiques russes auxquelles elle est comparée, la mortalité globale des 326 opérations qu'elles totalisent étant de 11 pour 100.

Après un exposé des modes de pénétration qui comprennent les voies biliaires, les conduits salivaires, la surface des plaies, vient l'étude de l'évolution du parasite ainsi divisée: période latente de développement; période de manifestation de symptômes révélant les lésions de l'organe envahi; période de pathologie du parasite lui-même qui vieillit, suppure, se rompt et meurt.

L'étude du traitement est faite pour le poumon, la rate et le foie.

Au poumon, l'ablation totale est dangereuse. M. est partisan de l'ablation du kyste parasitaire avec capitonnage de la poche fibreuse en un temps. S'il y a deux kystes, il extirpe d'abord le kyste supérieur et le second, devenu accessible par son expansion, est extirpé quelques mois après, en passant par la cicatrice opératoire du premier.

Pour la rate, l'ablation de la rate parasitée est l'idéal, sa mortalité de 12 à 14 pour 100 n'étant pas plus élevée que celle de la simple ablation du kyste qui n'est indiquée qu'en cas d'adhérences spléniques très étendues.

La chirurgie du kyste hydatique du foie comporte plus de nouveautés et la technique suivie surprend par son opposition aux règles de prudence qui caractérisent la technique des chirurgiens français, telle qu'elle a été justifiée par le mémoire de Dévé (*J. de Chirurgie*, t. **4**, n° 5, Mai 1910).

M. ne rejette pas l'ablation simple du kyste, mais il la considère comme mauvaise dans ses suites, car elle n'aboutit qu'à la transformation d'un kyste parasitaire en un autre kyste non parasitaire qui, dans 20 à 40 pour 100 des cas, donnera lieu à des complications, la suppuration en particulier. Aussi, sauf dans le cas de volume excessif du kyste ou de situation trop haute sur la convexité du foie, M. pratique-t-il l'*echinococectomie*, plus simplement la kystectomie, qui enlève à la fois la paroi chitineuse parasitaire et le sac fibreux.

Cette kystectomie totale, que M. a pratiquée 19 fois sans mortalité, exige une technique spéciale qui consiste à inciser à la limite du tissu hépatique et à poursuivre la séparation du foie d'avec la face externe du sac fibreux en rasant ce dernier de près, avec le bistouri tenu à plat, le tranchant en haut, chaque bride, chaque vaisseau ainsi découvert étant lié au fin catgut avant d'être sectionné (200 ligatures au cours d'une ablation). Les gros vaisseaux, qui ne donnent pas de branches à la paroi fibreuse, sont ainsi côtoyés sans être ouverts, et M., sur 19 kystectomies, a obtenu 16 fois le kyste hydatique avec ses parois intactes gardant leur contenu. Dans les 3 cas avec ouverture, celle-ci fut faite une fois volontairement pour permettre, avec le doigt introduit, l'ablation d'un kyste avec vésicules filles, compliqué par trois prolongements. On termine par des sutures séparées rapprochant les bords de l'excavation hépatique laissée par le parasite, une péritonisation soigneuse permettant la fermeture immédiate à considérer comme de règle.

Le prof. Melnikoff n'est pas seul, en U.R.S.S., à pratiquer cette kystectomie totale: Grigoriew, qui l'a faite 14 fois, avec une mort, la déclare difficile, et Solovieff, qui l'a faite 19 fois, avec 3 morts, la déclare aisée et simple.

Cette opération radicale ne prétend d'ailleurs

pas, au prix de ses risques, délivrer le malade de la totalité de sa lésion parasitaire; elle ne vise qu'à lui éviter les complications ultérieures du kyste fibreux non parasitaire que laisse l'ablation simple du kyste hydatique.

En effet, la dissémination du parasite a déjà été réalisée par la migration active, à travers les fissures de l'enveloppe, non seulement des scolex mais encore de cellules de la membrane germinative, douées de mobilité.

Ces modes de propagation surprendront tous ceux qui regardent l'activité migratrice des scolex comme peu importante et la membrane germinative comme étant plasmodiale, non cellulaire; ils ont été établis cependant par l'école de Napalkoff et par celle de Melnikoff-Raswendkoff qui a donné à ces éléments parasitaires migrateurs le nom d'*échardes*.

La kystectomie hépatique des chirurgiens russes ne sera sans doute suivie qu'après publication de nouveaux succès avec leurs observations détaillées.

P. Grisel.

REVUE DE MÉDECINE
(Paris)

R. Grain. *Un traitement simple de la dysphagie de la laryngite tuberculeuse* (*Revue de Médecine*, **52**e année, n° 10, Décembre 1935, p. 571-581). — Il s'agit de l'anesthésie électrique régionale, obtenue par l'ionothérapie négative. Cette méthode donne une anesthésie instantanée, fidèle, totale, progressive. Elle apparaît, en effet, dans les quatre à cinq minutes qui suivent le passage du courant maximum. Elle est totale, en ce sens que toute sensation douloureuse locale et irradiée disparaît entièrement. Si l'anesthésie donnée par la première séance ne dure guère qu'une demi-heure à une heure, à chaque séance, cette durée augmente, pour atteindre vingt-quatre heures vers la sixième ou septième séance. A ce moment, toute douleur à la déglutition a entièrement disparu, l'anesthésie est totale. L'alimentation est désormais assurée normalement et sans douleur pour quelque aliment que ce soit, le malade éprouvant seulement la sensation d'un larynx de carton. Le traitement, absolument indolore, peut être mis en œuvre aussi souvent qu'il est nécessaire, sans le moindre inconvénient, et l'on conçoit tous les avantages qui en découlent pour le malade.

L'action de l'ionisation ne se produit que sur les filets nerveux douloureux, les éléments sains restant sans réaction, par une sorte d'action spécifique suivant l'hypothèse de Bourguignon.

Un point de technique important est celui de la source électrique. Seules les sources donnant un courant rigoureusement continu (piles ou accumulateurs) conviennent pour l'application. Une tension de 45 volts, largement suffisante, est aisément fournie par une pile de T.S.F.

L. Rivet.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
(Strasbourg)

Nils Faxén (Gothembourg). ***Le pronostic des convulsions de l'enfance*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **11**, n° 6, 1935, p. 665-688). — Cet article est basé sur 396 observations recueillies de 1922 à 1931 dans le service de médecine de l'hôpital des enfants de Gothembourg. Elles se rapportent à des enfants ayant eu des pertes de connaissance ou des convulsions.

Dans un premier groupe, F. range *les convulsions associées à des maladies organiques du système nerveux central*. Parmi celles-ci, les malformations et les traumatismes obstétricaux avérés comportent un pronostic particulièrement mauvais, car tous les sujets ainsi atteints présentaient encore des symptômes lors de l'enquête ultérieure. Par contre, les enfants ayant eu des encéphalites non spécifiques ont été trouvés tous dans la suite bien portants. Un enfant dont les crises étaient attribuées à une commotion cérébrale était atteint en réalité d'épilepsie.

Dans un deuxième groupe, F. range *les épilepsies*. Sur 95 cas, on note 15 fois la disparition durable des symptômes, 36 fois une arriération psychique et 7 décès.

Le troisième groupe comprend les *convulsions psychogènes*. Sur 41 cas, il existait 2 cas de pychnolepsie. Une épilepsie certaine ne s'est développée dans aucun de ces 41 cas.

Le quatrième groupe est celui des *convulsions accompagnant les maladies infectieuses*; il comprend 38 cas. 4 sujets (2 pour 100) étaient lors du premier examen psychiquement arriérés; 6 (3 pour 100) présentèrent plus tard cette même complication; 12 (5 pour 100) furent atteints ultérieurement d'épilepsie; enfin, 15 (6 pour 100), succombèrent.

Le cinquième groupe réunit *les convulsions accidentelles*. Dans 8 pour 100 de ces cas, l'évolution ultérieure comporta un pronostic plus défavorable que celui porté lors du premier examen.

F. a constaté que les tares héréditaires et les accouchements pathologiques se rencontrent plus souvent dans les antécédents des épileptiques que dans ceux des sujets atteints de convulsions accidentelles. La primogéniture est aussi fréquente chez les épileptiques que chez les enfants atteints de convulsions accidentelles; elle ne signifie donc pas par elle-même que ces enfants soient prédisposés aux convulsions.

L'âge du premier accès est le plus souvent inférieur à 4 ans aussi bien pour l'épilepsie que pour les convulsions accidentelles. Toutefois, la répartition des enfants par âge est plus uniforme pour la première que pour les secondes.

L'espacement des crises est une des caractéristiques de l'épilepsie, tandis que les convulsions accidentelles surviennent, dans près de la moitié des cas, sous forme d'accès rapprochés.

G. Schreiber.

Leenhardt, Boucomont et **Lafon** (Montpellier). ***Etudes sur l'acrodynie. Les formes atténuées*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **11**, n° 6, 1935, p. 689-710). — L'acrodynie dans sa forme habituelle constitue un ensemble tellement net de symptômes généraux, psychiques, nerveux, cardio-vasculaires et cutanés, qu'elle s'impose immédiatement à l'esprit quand on l'a observée une fois et que son diagnostic est particulièremnt aisé. Mais à côté de ces formes franches, il en est d'autres qui peuvent être rangées dans un groupe spécial, car leurs signes cutanés, tels que sudation, cyanose ou éruption sont vraiment minimes ou même absents.

L., B. et L. publient neuf observations pouvant être considérées comme des formes atténuées de la maladie de Selter, certaines ou probables. Ces cas montrent, qu'en présence d'un trouble tel que l'amaigrissement, l'insomnie, on doit penser à l'acrodynie, en rechercher attentivement les signes, écarter l'hypothèse d'une maladie plus grave et prédire une évolution longue mais bénigne à des symptômes d'apparence banale.

L'atténuation des symptômes est parfois telle qu'on pourrait, ici comme pour d'autres syndromes, envisager des « formes inapparentes ». Ces formes mineures de l'acrodynie pourraient toutefois être révélées par la méthode capillaroscopique. La recherche des symptômes de l'acrodynie fruste, d'autre part, a permis, dans certains cas, de dépister le début de formes plus accentuées et de suivre leur évolution.

L., B. et L. estiment que la connaissance des formes atténuées de l'acrodynie permettra de mieux connaître les modalités de contagion possible et d'extension de cette maladie et de préciser ses relations éventuelles avec d'autres maladies telles que la grippe, la poliomyélite ou la névraxite.

G. Schreiber.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

P. Lereboullet, H. Gavois et **P. Pasquier.** ***L'âge de la primo-infection tuberculeuse chez l'enfant parisien*** (*Revue de la tuberculose*, 5e série, t. **2**, n° 1, Janvier 1936, p. 6-19). — L., G. et P. ont étudié cette question à l'aide de la cuti-réaction à l'hospice des Enfants-Assistés où sont entreposés nombre d'enfants sains ou présumés sains de la population parisienne ou suburbaine, dont les parents sont momentanément incapables de s'occuper. Ils ont pu ainsi étudier, en 1933 et 1934, 1.143 enfants de 4 à 15 ans, dont 432 donnèrent une cuti-réaction positive. Pendant la même période, sur 365 enfants hospitalisés dans le service de médecine, 160 eurent une cuti-réaction positive. L., G. et P. rapprochent leurs résultats de ceux des statistiques de Mlle Mioche et de M. Lesné (1924-1926).

A 4 ans, moins de 10 pour 100 des enfants ont une cuti-réaction positive. De 4 à 6 ans, un tiers des enfants se montrent contaminés. De 6 à 11 ans, la courbe s'élève lentement pour ne pas atteindre 50 pour 100. De 11 à 13 ans, le pourcentage s'élève à 75 pour 100.

L'enfant se contamine donc moins de nos jours dans les premières phases de son existence, alors que le cadre de sa vie est exclusivement familial, ce qui peut tenir à la diminution des foyers de contamination grâce au dépistage, à l'envoi en sanatorium ou au pneumothorax, et peut-être dans une certaine mesure à la vaccination préventive par le B.C.G. De 4 à 6 ans, la contamination est relativement fréquente, c'est la tuberculose des touche-à-tout de Calmette. De 6 à 11 ans, c'est la période scolaire, où l'amélioration de l'hygiène ralentit la tuberculisation. De 11 à 14 ans, recrudescence due à la période pubertaire.

La proportion des sujets allergiques décelée par la cuti-réaction de la première enfance est donc notablement moindre qu'il y a vingt ans. Ceci doit encourager à persévérer dans la lutte antituberculeuse actuelle. Ceci montre aussi la possibilité assez fréquente de primo-infections tardives qu'il faut redouter chez les sujets dont la cuti-réaction est restée négative et pour lesquels il faut souhaiter que la vaccination tardive au B.C.G., bien fixée dans sa technique, puisse apporter un moyen de protection utile pour les aider à passer la période critique.

L. Rivet.

A. Lévi-Valensi et **R. Gille** (Alger). ***L'équilibre protidique du sérum chez les tuberculeux pulmonaires (particulièrement chez les tuberculeux syphilitiques ou paludéens)*** [*Revue de la tuberculose*, 5e série, t. **2**, n° 1, Janvier 1936, p. 19-33]. — L.-V. et G. relatent les chiffres qu'ils ont relevés chez les tuberculeux pulmonaires simples (50 malades), ceux des tuberculeux syphilitiques, des tuberculeux paludéens, et des tuberculeux à la fois syphilitiques et paludéens.

Ils concluent que la tuberculose pulmonaire, lorsqu'elle évolue chez le syphilitique ou le paludéen, ne s'accompagne guère de modifications des albumines sériques beaucoup plus accusées que lorsqu'elle est seule en cause. Par contre, l'action combinée de ces deux infections détermine dans le sérum des tuberculeux des altérations beaucoup plus franches des protides, et qui sont le reflet humoral de la gravité de cette triple association.

L. Rivet.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

R. Dupérié, P. Dervillée et A. Chamfrault. ***Recherches sur la valeur clinique d'un nouveau test d'insuffisance hépatique : l'épreuve au benzoate de soude de J. A. Quick*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **57**, n° 7, 16 Février 1936, p. 98-106). — Cette épreuve est basée sur le principe physiologique de la sulfoconjugaison hépatique. Quick admet comme probable que chez l'homme comme chez le lapin, la synthèse de l'acide hippurique se fait dans le foie. Il a démontré que le taux de la synthèse de l'acide hippurique dépend essentiellement de la vitesse avec laquelle l'organisme fournit la glycine dont la conjugaison avec l'acide benzoïque forme l'acide hippurique. Puisqu'il est communément accepté que la glycine est formée dans le foie, il semble probable que certains types d'altérations hépatiques produisent un retard et une diminution de cette synthèse, d'où une diminution de l'élimination de l'acide hippurique.

L'épreuve consiste à faire absorber au patient 5 gr. 9 de benzoate de soude dissous dans 30 cmc d'eau après un déjeuner consistant en café et pain grillé et à doser l'acide hippurique dans les urines éliminées d'heure en heure pendant 4 heures.

On peut considérer comme normal un sujet qui élimine en 4 heures plus de 2 gr. 50 d'acide hippurique, qui élimine ce produit sous une concentration forte (plus de 3 pour 100) et qui émet précocement les urines à plus forte concentration. Un hépatique élimine moins de 2 gr. 50 d'acide hippurique en 4 heures, la concentration moyenne est basse, les concentrations les plus fortes sont tardives. Chez les petits hépatiques, l'élimination globale est moyenne, mais la concentration maxima du produit dans les urines est faible et les plus fortes concentrations sont tardives.

Chez deux rénaux, l'élimination globale, inférieure à la moyenne, n'était cependant pas très diminuée, la concentration maxima d'acide hippurique était moyenne; les urines à concentration élevée ont été recueillies tantôt précocement, tantôt tardivement.

Bien que l'altération rénale puisse rendre douteux les résultats obtenus chez un hépatique, il ne semble pas que dans les cas où l'élément rénal est peu accusé, celui-ci apporte dans l'élimination de l'acide hippurique un trouble capable de gêner l'appréciation du fonctionnement hépatique. D., D et C. ont l'impression que cette épreuve, inoffensive pour le malade, bien acceptée par lui, et d'exécution rapide, donne, pour l'étude du fonctionnement hépatique, des résultats intéressants.

Robert Clément.

LYON CHIRURGICAL

P. Goinard, Bardenat et Piétri. ***Les modifications oscillométriques des membres après la sympathectomie péri-artérielle*** (*Lyon Chirurgical*, t. **33**, n° 1, Janvier-Février 1936, p. 5-27). — Malgré l'abandon de la sympathectomie péri-artérielle pour des interventions portant sur le tronc même du sympathique, G., B. et P., par l'oscillométrie et la capillaroscopie, ont précisé ses effets physiologiques, les résultats obtenus devant servir à l'estimation des procédés qui la remplacent. Voici résumées, les conclusions de ce mémoire:

Les effets oscillométriques des sympathectomies péri-artérielles sont très variables suivant l'état anatomique des artères et l'état vaso-moteur préalable du membre. Ils sont variables dans le temps, différents dans les quatre membres à tous lesquels ils s'étendent suivant une topographie très curieuse: atteignant toujours le segment de membre en aval où ils sont à leur maximum; très souvent le segment d'amont, le membre homologue opposé; parfois les membres non homologues (Leriche). Leur étude est très intéressante pour la physiologie et très peu pour la pratique, car les résultats thérapeutiques n'en dépendent que dans la mesure où la minima est abaissée ou non.

Le résultat de la sympathectomie dépend non de la dilatation des gros troncs, mais de la dilatation artériolo-capillaire, plus régulière, mais qui peut manquer, l'opération étant alors inefficace (syphilis).

Les modifications oscillométriques consécutives à la sympathectomie péri-artérielle diffèrent de celles liées aux inflammations aiguës et ne sont pas exactement semblables à celles qui suivent l'infiltration novocaïnique de la chaîne sympathique; elles sont par contre semblables à celles des injections intra-artérielles de soluprotine.

Ni les modifications oscillométriques après l'épreuve du bain chaud, ni l'injection sous-cutanée d'acécoline ne sont des tests pré-opératoires fidèles permettant de prévoir l'efficacité d'une sympathectomie péri-artérielle; beaucoup plus probant est le résultat positif des injections intradermiques d'une substance vaso-dilatatrice dans le membre à sympathectomiser.

Les réactions de l'intervention péri-artérielle s'étendent à tout le système sympathique; elles sont alternantes, tendent à un nouvel équilibre et se prolongent pendant des semaines; leur sens est incertain. Les modifications oscillométriques après sympathectomie autour de l'artère principale d'un membre s'étendent aux trois autres membres, comme si l'ensemble du sympathique était un système régulateur s'efforçant vers un équilibre. Dans le segment artériel intéressé, le retour à un état stable ne se fait qu'après plusieurs oscillations d'amplitude décroissante.

Les effets oscillométriques produits se font dans le sens vaso-moteur préalable, comme si en supprimant le sympathique on supprimait un modérateur régional. Pour le réseau artériolo-capillaire, tout se passe comme si la frénation s'exerçait presque toujours sur la dilatation. Il y a, dans presque tous les cas, comme une dilatation résiduelle des artérioles et des capillaires que la sympathectomie péri-artérielle libère.

« L'essentiel en pratique et même en théorie ne serait-il pas que la circulation artériolo-capillaire soit accrue par la sympathectomie péri-artérielle, comme le suggèrent, si on les confronte avec les faits cliniques, les données de l'oscillométrie et de la capillaroscopie ? »

P. Grisel.

TOULOUSE MÉDICAL

Bernardbeig et Lazorthes. ***Anesthésie du ganglion stellaire*** (*Toulouse Médical*, 36e année, n° 23, 1er Décembre 1935). — La chirurgie du ganglion stellaire a pris, sous l'influence de Leriche, une importance considérable. Mais elle reste encore imprécise dans ses indications et dans sa technique, d'où l'intérêt de ce travail inspiré par Bernardbeig et que Lazorthes a continué après sa mort.

Les auteurs rappellent que le ganglion stellaire est un volumineux amas ganglionnaire représentant la fusion de 5 ganglions cervicaux et de 1 ou 2 ganglions thoraciques. Présentant soit l'aspect d'une masse séparée en 2 ou 3 amas, soit l'aspect d'une large plaque nerveuse munie de prolongements, il est situé au niveau de la base du cou; sa physiologie est encore imprécise. Il semble constituer un important carrefour de fibres motrices et sensitives, un centre sympathique autonome dont le territoire s'étend aux membres supérieurs, à la région cervico-thoracique, au cœur et aux pédicules pulmonaires.

L'anesthésie du ganglion étoilé peut être employée comme méthode thérapeutique et diagnostique.

Dans un but thérapeutique l'injection de novocaïne dans le ganglion sympathique permet d'obtenir des résultats analogues à ceux de la stellectomie, mais en général transitoires.

On peut l'utiliser dans les algies du membre supérieur où semble intervenir le sympathique et dans les troubles vaso-moteurs tels que maladie de Raynaud, acrocyanose, érythromélalgie, sclérodermie, maladie de Volkmann, œdèmes chirurgicaux post-traumatiques. On peut également rechercher une action cicatrisante dans les cas d'ulcérations chroniques. B. et L. rapportent plusieurs résultats satisfaisants dans des cas de paralysie *a frigore* et de causalgie.

La maladie de Basedow, l'asthme et l'angine de poitrine peuvent bénéficier également de cette intervention.

Enfin, cette anesthésie, en dégageant le rôle du sympathique, a le grand avantage de faire prévoir le résultat d'une sympathectomie péri-humérale, d'une ramisection cervicale ou d'une stellectomie et de sélectionner les cas où l'action sur le sympathique paraît devoir être favorable.

La technique d'injection est à peu près celle de l'anesthésie du plexus brachial par voie sus-claviculaire. Pour bien diriger l'aiguille, le mieux est de chercher un premier contact osseux au niveau de l'apophyse transverse de la septième cervicale et de là, d'atteindre le col de la première côte contre lequel est placé le ganglion ; en profondeur la distance du milieu de la clavicule à l'apophyse transverse de la 7e cervicale est en moyenne de 6 cm.

La réussite de l'anesthésie est appréciable très rapidement par l'apparition d'un syndrome de Claude Bernard-Horner.

Les incidents ou accidents sont rares, bénins et parfaitement évitables avec une bonne technique.

B. et L. concluent que l'anesthésie du ganglion étoilé est utile, facile à réaliser et sans danger. Non seulement elle peut jouer un rôle très intéressant au point de vue thérapeutique, mais elle constitue encore une excellente épreuve diagnostique en permettant de prévoir l'efficacité d'une intervention plus importante.

A. Ravina.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin, Prague et Vienne)

H. Diefenthaler (Vienne). ***Diagnostic d'ulcères de l'estomac et du duodénum par des symptômes à distance*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 5, 31 Janvier 1936, p. 149-150). — Malgré la radioscopie, il peut être parfois difficile de diagnostiquer des ulcus gastriques ou duodénaux. D. recommande alors de ne pas négliger l'étude des symptômes qui peuvent se révéler à distance.

Selon Ofeleni, dans de nombreux cas d'ulcus gastro-duodénaux, si l'on palpe minutieusement la région dorsale ou dorso-lombaire, on peut constater l'existence d'une certaine contracture localisée, et située uniquement d'un côté de la colonne vertébrale. Ce signe aurait été observé dans plus de 50 pour 100 d'ulcères. Cependant pour d'autres auteurs on le trouverait également dans bien d'autres maladies, même les plus diverses; c'est pourquoi il apparaît que la valeur diagnostique de ce réflexe est des plus médiocres.

Un autre auteur, Onodera, a constaté que presque tous les malades atteints d'ulcères gastriques ou duodénaux présentaient une particulière sensibilité à la pression au niveau de l'insertion du muscle « gluteus medius ». Cependant D. n'a constaté que rarement cette sensibilité sans pouvoir expliquer sa cause. En tout cas D. a trouvé cette même sensibilité dans d'autres maladies, de sorte que sa valeur diagnostique peut également être considérée comme nulle.

Guy Hausser.

N. Henning (Leipzig). ***Rapports entre l'aspect de la surface de la langue et les maladies de l'estomac*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 6, 7 Février 1936, p. 173-176). — H. a procédé à de nombreux examens microscopiques de la surface de la langue. Il utilisait un microscope de grossissement 70, et après avoir peint la langue avec une solution d'hématoxyline. Le tableau normal est le suivant : on trouve partout des petites papules rondes ou ovales, les papilles filiformes. Sous l'épithélium transparent on aperçoit la circulation des érythrocytes dans les capillaires. Sur les petites papules on peut voir des papilles secondaires, il s'agit probablement de formations cornées de l'épithélium. Si la langue est « chargée », l'enduit est formé par une prolifération des papilles secondaires. Cette prolifération semble due à une insuffisance de la mastication, celle-ci est apte à faire disparaître toujours de nouveau les papilles secondaires. H. croit donc que cet aspect de la surface linguale n'est qu'indirectement déterminé par une maladie de l'estomac et c'est plutôt le régime suivi par le malade qui, par la voie de la mastication, détermine ainsi le tableau observé.

En cas d'anémie pernicieuse, on sait qu'il y a toujours anémie de la muqueuse gastrique et pour la langue les papilles filiformes deviennent plates et les papilles secondaires cornées complètement absentes.

L'enduit constaté sur la langue peut, lui, aggraver la maladie de l'estomac qu'il n'a produite qu'indirectement. Il est donc utile de traiter cet enduit s'il devient abondant en badigeonnant la langue avec de la teinture d'iode. En tout cas, H. croit pouvoir conclure qu'une langue normale n'exclut pas une maladie d'estomac et que, d'autre part, l'enduit peut être surtout dû à des troubles de mastication.

Guy Hausser.

K. Singer (Vienne). ***Syndrome « hémolyse et anémie », forme clinique de la lymphogranulomatose*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 6, 7 Février 1936, p. 179-183). — S. rapporte l'observation d'une femme âgée de 37 ans, qui présentait assez souvent des accès fébriles d'une grande intensité. Entrée à l'hôpital, l'examen du sang révéla la présence seulement de 1,9 millions de globules rouges et de 3.150 leucocytes. De nombreux essais thérapeutiques furent infructueux; seules des injections d'un dérivé arsenical et la radiothérapie firent disparaître la fièvre qui réapparut cependant peu de temps après. On procéda alors à la splénectomie qui eut un heureux résultat et modifia la formule sanguine, l'anémie hémolytique hyperchrome fit place à une anémie hypochrome sans hémolyse. Cependant, 6 mois après la fièvre réapparut et la malade succomba un an après la splénectomie. L'autopsie montra la présence de nodules lymphogranulomateux dans les poumons, le foie et dans les ganglions lymphatiques.

S. donne ensuite un tableau de 12 autres cas observés par différents auteurs et il groupe les anémies hémolytiques en 3 sections distinctes : la première s'explique par l'activité défectueuse du principe anti-hémolytique, ce qui aboutit à la formation de G. R. qui se détruisent très vite, la thérapeutique devant se contenter de lutter contre ce facteur pernicieux ; la seconde est caractérisée par la formation en quantité anormalement abondante de G. R. qui s'explique souvent par une réticulocytose considérable. Là c'est la splénectomie qui peut donner les meilleurs résultats. La troisième comprend les anémies qui n'appartiennent pas aux 2 groupes précités, elles sont le plus souvent les conséquences d'effets toxiques sur l'organisme.

Guy Hausser.

H. Grams (Röslin). ***Les polyglobulies (« polyzythémies »)*** [*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 6, 7 Février 1936, p. 183-186]. — Les polyglobulies n'ont été jusqu'ici qu'insuffisamment décrites. G. en a observé un nombre assez important qu'il rapporte ici. Elles ont été surtout observées au cours d'affections pulmonaires et cardiaques : myocardites, emphysème pulmonaire, asthme, artériosclérose, etc. Toutes ces affections déterminant une suractivité de la moelle osseuse, les polyglobulies les plus élevées ont été observées par G. au cours d'asthme, de bronchopneumonie et d'hypertension. Cependant au cours de ces affections on peut trouver des chiffres normaux ou même inférieurs à la moyenne, G. l'explique par l'existence de fréquentes hémorragies.

Un deuxième groupe de polyglobulies est formé par ces cas où des vomissements fréquents ou de fortes diarrhées ont amené une forte diminution de plasma et une concentration des éléments figurés du sang.

Le troisième groupe est formé par quelques maladies où l'on ne s'explique pas bien l'apparition de polyglobulies comme les ulcus gastriques et duodénaux. G. recommande alors l'emploi de saignées fréquentes relativement.

La même thérapeutique est indiquée dans les cas de polyglobulies cryptogénétiques. Il s'agit en général de neurasthéniques ayant souvent la sensation de vertige, de sueurs abondantes, de scotomes, etc.... Ils se sentent presque toujours soulagés par une saignée. La cause de la polyglobulie dans de tels cas est également inconnue.

Guy Hausser.

W. Krantz (Göttingen). ***Les méfaits possibles de certains « produits de beauté » sur la peau*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 7, 14 Février 1936, p. 209-212). — La « trichorrhexis nodose » (altération de la substance corticale du cheveu) est souvent due à l'emploi de produits trop riches en alcali. Si cette affection survient, K. conseille la suppression de l'emploi du produit et le lavage mensuel seulement des cheveux.

D'autre produits destinés aux cheveux et contenant du menthol, du camphre, de la résorcine... peuvent amener une dermatite du cuir chevelu et l'apparition de vésicules sur la figure et les épaules.

Les produits destinés à teindre les cheveux contiennent le plus souvent des colorants synthétiques qui peuvent être souvent accompagnés de certaines impuretés de fabrication. Ce sont souvent ces impuretés qui entraînent les eczémas aigus et d'autres dermatoses, là où le colorant lui-même n'est pas nuisible.

L'épilation des sourcils par l'électrolyse ou la diathermie peut amener parfois des folliculites ou tout au moins des cicatrices. Des colorants pour sourcils peuvent causer une dermite des paupières, une conjonctivite et même des ulcères de la cornée.

Des eczémas des lèvres peuvent résulter de l'emploi de certaines pâtes dentifrices et aussi de rouge à lèvre contenant de l'éosine.

Des dermatites de la figure et d'autres parties du corps sont quelquefois dues à certains dépilatoires, à certaines crèmes ou à certains savons médicamenteux. Tous ces produits peuvent contenir le ou les éléments devant lesquels la peau est sensibilisée.

Même l'emploi de l'eau de Cologne peut être quelquefois nuisible et amener certaines pigmentations causées peut-être par les rayons solaires auxquels la figure a été exposée après des lavages à l'eau de Cologne.

Les produits destinés à faire disparaître les éphélides contiennent parfois de la quinine, de la résorcine ou du mercure devant lesquels la peau peut être sensibilisée.

Comme traitement de toutes ces affections, K. recommande :

1° Ne plus employer le produit nuisible.

2° Nettoyer avec soin la peau de tous les restants dudit produit qui peuvent encore s'y trouver.

3° Employer ensuite des médicaments calmants ou non toxiques pour la peau comme l'oxyde de zinc, la vaseline, etc.

Guy Hausser.

G. Adamek et **E. Friedlander** (Vienne). ***Veinographie au cours de certaines phlébites*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 7, 14 Février 1936, p. 222-223). — A. et F. ont surtout cherché à explorer par cette méthode les veines du bassin pour lesquelles la simple inspection ou palpation ne donne que peu de renseignements.

Comme moyen de contraste ils ont utilisé le « perabrodil », puis plus tard le « Ténébryl » B qui leur a donné d'excellents résultats. La solution fut injectée dans une veine cutanée du dos du pied ou près de l'articulation tibio-tarsienne. Durant l'injection, la jambe du malade doit être relevée, faisant un angle de 45° avec l'horizontale. La radiographie est faite au moment où l'injection est presque terminée et qu'il ne reste plus que 1 ou 1/2 cmc dans la seringue.

Les examens faits dans 22 cas ont donné d'excellents résultats, montrant bien la position et l'étendue de la thrombose, ce qui peut être important pour fixer la thérapeutique.

Souvent la veinographie montre que le thrombus est situé plus haut qu'on ne l'avait cru d'après l'examen clinique. Il faut cependant retenir qu'on ne peut conclure avec certitude d'un examen négatif car un petit foyer de thrombose peut rester inaperçu sur la radiographie.

Guy Hausser.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Driver. ***Tumeur mixte du palais*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **33**, n° 1, Janvier 1936, p. 73-84). — Environ 200 cas de tumeurs mixtes du palais ont été rapportés dans la littérature; le plus souvent (90 pour 100), elles sont développées aux dépens de la parotide et de la sous-maxillaire.

On trouve dans ces tumeurs divers tissus : du tissu conjonctif ou muqueux, cartilagineux, rarement osseux, musculaire ou lymphoïde et du tissu épithélial glandulaire. Diverses appellations ont été données à ces tumeurs : myxochondrocarcinome, fibromyxo - endothéliome, chondrome, cylindrome, endothéliome, épithélioma kystique adénoïde. La principale caractéristique histologique est la tendance à la dégénérescence hyaline et mucoïde du tissu épithélial et du stroma conjonctif.

D. rapporte une observation de tumeur mixte de la région médiane du palais osseux chez une femme de 42 ans; histologiquement, elle appartenait au type salivaire. La guérison fut obtenue par l'introduction dans la tumeur d'aiguilles de platine radifères.

D. considère ce traitement par les aiguilles de radium comme le traitement de choix de ces tumeurs.

Bien que ces tumeurs apparaissent morphologiquement comme malignes, cliniquement elles sont bénignes et produisent rarement des métastases. Des récidives locales peuvent survenir, si la tumeur n'a pas été enlevée complètement.

R. Burnier.

Knowles, Decker et **Kandle.** ***Dermatite due à la phénolphtaléine*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **33**, n° 2, Février 1936, p. 227-237). — La littérature américaine abonde en cas de dermatite à la suite d'absorption de purgatifs à base de phénolphtaléine.

Ce médicament produit une éruption en aires, de type « fixe », prurigineuse, de coloration brun

violacé, analogue aux éruptions fixes de l'antipyrine, de l'aminopyrine, des arsénobenzènes et de l'acide allylisopropyl barbiturique.

Chez un malade de 35 ans, atteint de dermatite par phénolphtaléine, K., D. et K. firent des expériences de greffes de peau saine et de peau atteinte par l'éruption.

Ces greffes avaient déjà été faites en 1930 par Naegeli chez un malade atteint d'antipyrinides: il avait transplanté des greffes de Thiersch de peau malade sur territoire sain et de peau saine sur territoire malade; au bout de trois semaines, les greffes étaient cicatrisées; on redonne au malade de l'antipyrine et on constate une récidive sur les greffons de peau malade et non sur ceux de peau saine.

Quelques mois plus tard, Urbach reprit la même expérience chez un malade atteint d'éruption par phénolphtaléine; il obtint les mêmes résultats.

Cependant Wise et Sulzberger, dans un autre cas d'éruption par phénolphtaléine, obtinrent des résultats inverses; il en fut de même de Loveman avec une éruption due à l'acide allylisopropyl barbiturique.

K., D. et K. répétèrent ces expériences chez leur malade et obtinrent des résultats analogues à ceux de Naegeli. Mais une nouvelle expérience faite deux mois après donna des résultats inverses.

De nouvelles recherches sont donc nécessaires pour permettre de conclure si le mécanisme de l'éruption est d'origine toxique ou dû à une hypersensibilité.

R. Burnier.

Swartz et **Conant.** ***Examination directe de la peau; méthode pour la détermination de champignons*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **33**, n° 2, Février 1936, p. 291-305). — Quand on recherche des champignons dans les squames, il est classique d'éclaircir la préparation avec divers réactifs: potasse, soude, xylol, hydrate de chloral, glycérine. Toute la difficulté consiste à savoir différencier les hyphes et les spores des champignons des éléments artificiels, tels que cristaux, globules graisseux et surtout aspect en mosaïque sur la nature duquel on a beaucoup discuté.

Il semble que l'emploi de la potasse seule favorise les causes d'erreur avec les globules graisseux et l'aspect en mosaïque; cependant on a aussi observé cet aspect dans les préparations traitées par le xylol, l'hydrate de chloral et l'acacia. Les éléments qui produisent cet aspect en mosaïque sont solubles dans l'éther, l'alcool à 95°, l'alcool absolu, le phénol. Il ne se colore pas par le soudan III ou le rouge écarlate et ne noircit pas avec l'acide osmique.

S. et C. conseillent, pour mettre en évidence les champignons, la technique suivante: traiter les squames par la potasse à 5 pour 100, puis laver à l'eau et colorer au lactophénol et au bleu cotton, ce qui élimine l'aspect en mosaïque.

R. Burnier.

Sayer. ***Zona fémoral récidivant*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **33**, n° 2, Février 1936, p. 348). — Il est classique de dire que le zona ne récidive pas. S. rapporte l'histoire d'un homme de 73 ans qui, le 8 Février 1935, entra à l'hôpital pour un zona hémorragique du tiers moyen de la *jambe gauche*, s'accompagnant de vives douleurs. La guérison fut obtenue en deux mois; les lésions laissèrent une pigmentation brunâtre.

Le 23 Juin 1935, le malade revient avec une nouvelle éruption de zona hémorragique sur la *jambe droite.*

Le malade n'avait pris aucun médicament, n'avait reçu aucune injection; il ne présente aucune lésion spinale ni médullaire; son état général est bon; aucun signe neurologique. Réactions sérologiques négatives. Pas d'albumine, légère trace de sucre. Formule sanguine normale.

Il est regrettable que l'inoculation des vésicules à la cornée du lapin n'ait pas été pratiquée.

R. Burnier.

C. Wright. ***10 années d'expérience dans le traitement du lupus érythémateux par les sels d'or*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **33**, n° 3, Mars 1936, p. 413-433). — W. a traité par l'aurothérapie 76 lupus érythémateux de 1925 à 1935. 28 malades (37 pour 100) ont été regardés comme guéris; 26 (34 pour 100) comme presque guéris ou très améliorés; 13 (17 pour 100) comme médiocrement améliorés et 9 (12 pour 100) ont résisté au traitement.

Des malades considérés comme guéris, 2 n'ont pas eu de récidives depuis sept ans; 2 depuis six ans; 2 depuis cinq ans et 3 depuis quatre ans.

La dose de thiosulfate d'or et de sodium nécessaire à la guérison est variable; elle fut dans un cas de 12 milligr. et dans un autre de 2,750 milligr.

13 malades (17 pour 100) ont eu une ou plusieurs récidives après avoir été guéris entièrement ou partiellement de leurs lésions.

19 malades (24 pour 100) présentèrent une réaction aurique de type variable; le plus souvent une érythrodermie scarlatiniforme (8 cas).

W. n'a eu à déplorer qu'un cas de mort en 1926 après dissémination de l'éruption.

R. Burnier.

C. Cummer. ***Etiologie du lupus érythémateux; en particulier chez le noir*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **33**, n° 3, Mars 1936, p. 434-445). — Sur 1.000 blancs atteints d'affections cutanées, on note 3,8 de lupus érythémateux; sur 1.000 noirs atteints de dermatoses diverses, on trouve seulement 1,8 de lupus érythémateux; ce lupus est donc plus rare chez le noir que chez le blanc. On a expliqué ce fait par la pigmentation cutanée du noir, qui protège celui-ci contre l'action nocive des rayons solaires, qui provoquent fréquemment le lupus érythémateux.

Le nombre de morts par tuberculose dans la race blanche est de 48,9 par 100.000 individus; ce chiffre atteint 168,1 dans la race noire. Si la tuberculose était le facteur étiologique fondamental du lupus érythémateux, ce lupus devrait être plus fréquent chez le noir que chez le blanc. A cette question on peut répondre: ou bien la tuberculose n'a rien à voir avec le lupus érythémateux, ou bien la pigmentation cutanée protège le noir contre cette maladie.

Cliniquement, chez le noir, la lésion érythémateuse se traduit par une hyperpigmentation intense; la plaque atrophique terminale n'est pas toujours dépigmentée.

C'est surtout entre 20 et 40 ans qu'on observe le lupus érythémateux chez le noir; toutes les formes peuvent être notées: aiguës ou chroniques, disséminées et discoïdes, le type discoïde étant le plus fréquent. Le syndrome de Senear-Usher a été également observé chez le noir.

R. Burnier.

Rosen, Rosenfeld et **Krasnow.** ***L'hyperpyrexie dans le traitement des dermatoses chroniques récidivantes*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **33**, n° 3, Mars 1936, p. 518-534). — L'hyperpyrexie, causée par diverses méthodes (injection de protéines étrangères, ou de micro-organisme, de *Plasmodium*, bains chauds, diathermie), a été préconisée dans le traitement de diverses affections: paralysie, gonorrhée, arthrite chronique, asthme, troubles circulatoires.

R., R. et K. employèrent la diathermie dans le traitement de dermatoses chroniques récidivantes chez 19 malades: 6 eczémas, 1 séborrhée, 7 névrodermites, 1 urticaire, 1 psoriasis, 2 Duhring et 1 syphilis ulcéreuse rebelle à tout traitement.

R., R. et K. ont constaté chez les malades traités par cette méthode une diminution du taux de la cholestérine libre; du taux de la cholestérine totale, des lécithines, de l'albumine, de la globuline, on ne peut tirer aucune indication précise.

Les malades qui s'améliorèrent eurent une augmentation du taux de l'acide lactique dans la sueur, à l'inverse de ceux qui ne s'améliorent pas.

Au point de vue formule sanguine, on nota d'abord une leucopénie suivie de leucocytose; une diminution des éosinophiles suivie de lymphocytose et monocytose.

L'hyperpyrexie amena une amélioration clinique temporaire de 17 malades traités sur 18; 4 demeurèrent bien portants pendant quatre mois, 4 eurent une légère récidive au bout de quelques semaines et 3 eurent de graves rechutes ultérieures.

R. Burnier.

IL POLICLINICO [Sezione pratica]

(Rome)

V. Luccarelli. ***Les injections intra-artérielles dans les infections des membres*** (*Il Policlinico [sez. pratica]*, t. **42**, n° 46, 18 Novembre 1935, p. 2255-2264). — L. rapporte 10 observations d'infections localisées des membres traitées par des injections intra-artérielles d'antiseptiques qui confirment les bons résultats obtenus par Goinard. Toutefois L. pense que la solution de Goinard (violet de gentiane : 1 gr.; alcool à 95° : 10 gr.; eau : 100 gr.) n'est pas absolument inoffensive; l'injection est immédiatement suivie d'une vive douleur qui peut persister pendant deux heures et qui est due à l'alcool car la solution aqueuse de violet ne provoque qu'une vague sensation de chaleur et de tension du membre; d'autre part, la circulation est toujours déficiente dans les cas où l'on fait des injections intra-artérielles et le produit injecté stagne dans les tissus; or, l'alcool, par son action coagulante élective, détermine des altérations des parois vasculaires et prédispose à la gangrène sèche; Goinard a d'ailleurs reconnu que son emploi était contre-indiqué lorsqu'il y avait des troubles oscillométriques. L. a donc supprimé l'alcool de la formule précédente: il ajoute au violet de gentiane du phénol qui a une action antiseptique, anesthésique et paralysante du protoplasme et une substance qui, par son effet sur la musculature vasculaire, facilite la circulation sanguine ; aucun renseignement n'est donné sur cette substance, ni sur la dose de phénol.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE

(Turin)

B. Zancan. ***Les lipides du sang dans l'anémie pernicieuse avant et pendant l'hépato et la gastrothérapie*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **60**, n° 6, Décembre 1935, p. 929-952). — Z. a étudié les lipides du sang par la microméthode de Monasterio dans 7 cas d'anémie pernicieuse; avant tout traitement, les diverses fractions lipidiques sont toutes abaissées sauf les graisses neutres dont le taux dépasse la normale; après traitement par le foie ou la muqueuse gastrique, les graisses neutres reviennent à la normale tandis que les phosphatides, la cholestérine totale et les lipides totaux augmentent rapidement; cette correction des anomalies des lipides est très précoce, survenant avant que le trouble de la crase sanguine se modifie et Z. émet l'hypothèse qu'elle est produite par une substance hormonale liporégulatrice contenue dans le foie et dans la muqueuse gastrique.

Lucien Rouquès.

RASSEGNA DI MEDICINA APPLICATA AL LAVORO-INDUSTRIALE (Turin)

Carlo Créma. ***Etude d'une réaction particulière, « phénomène d'obstacle » dans l'urine des ouvriers occupés à la « chambre chaude »*** (*Rassegna di Medicina applicata al lavoro industriale*. Année 6, n° 6, Décembre 1935, p. 441-449). — Donaggio a étudié un phénomène particulier qu'il a observé dans l'urine, dans le liquide céphalo-rachidien, dans le sérum sanguin, en se servant d'une réaction de précipitation des substances colorantes d'aniline, réaction obtenue selon des règles qu'il a décrites. Le degré de la réaction, plus ou moins positive, est exprimé par des chiffres; en additionnant les chiffres obtenus par l'examen de 6 tubes à essai de ce qu'il appelle première et deuxième phases, on obtient un chiffre global; et en inscrivant ces chiffres globaux successifs pendant les jours d'observation, on obtient un tracé qui donne l'image graphique du comportement de la réaction dans une période déterminée. Cette réaction n'est pas en rapport avec les modifications de l'urine (variation du poids spécifique, présence de sucre et d'albumine, etc.), mais il importe que la réaction ne soit pas faite en milieu alcalin (dans ce cas, on ajouterait quelques gouttes d'acide acétique). Cette réaction donne des résultats différents, plus ou moins positifs, suivant les conditions où se trouve l'organisme. On l'a étudiée dans les états les plus variés de pathologie (épilepsie, infections locales ou générales, paralysie progressive), de biologie (grossesse, fatigue), à la suite d'intervention thérapeutique (injection de soufre colloïdal) ou physique (diathermie).

C. a appliqué cette méthode au travail professionnel. Il a examiné les ouvriers d'une tannerie occupés à la « chambre chaude ». La température chaude et humide de cette chambre est très déprimante et les ouvriers présentent une série de troubles: sudation, polypnée, tachycardie, élévation de la température du corps de 1 à 2 degrés. La recherche systématique de la réaction d'obstacle dans l'urine de ces ouvriers a permis de fixer dans des conditions exceptionnelles le degré de positivité du phénomène et de mesurer la résistance à la fatigue. En général, la réaction reste positive 36 heures environ après le travail, ce qui prouve que pendant cette période l'organisme n'a pas retrouvé son état d'équilibre. La réaction présente, chez la plupart des ouvriers, une courbe assez typique et constante. Cependant elle peut varier d'intensité, de caractère, de durée; elle peut même faire complètement défaut. Si, après la première journée du travail à la chambre, on n'observe pas une réaction nettement positive, il ne faut pas se hâter de conclure, car après un temps plus ou moins long la réaction peut devenir positive. Si pour une raison quelconque la résistance de l'organisme fléchit, la réaction augmente d'intensité. Il faut alors surveiller l'ouvrier de près, au besoin l'éloigner temporairement ou même définitivement de la chambre chaude.

En conclusion, les ouvriers occupés à la chambre chaude présentent dans les urines un *phénomène d'obstacle* positif, mais modéré si le travailleur est maintenu dans des conditions satisfaisantes. Suivant l'intensité de la réaction, des conseils judicieux seront donnés à l'ouvrier, en particulier s'il doit continuer ou interrompre son travail.

A. Feil.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE (Varsovie)

M. Rubinsztein. ***Etude sur l'hyperglycémie adrénalinique dans l'acidification et l'alcalinisation expérimentales*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **12**, n° 44, 28 Novembre 1935, p. 834-836, et n° 45, 5 Décembre 1935, p. 855-856). — Dans une étude expérimentale sur des lapins hyperglycémiés à l'adrénaline, en fonction de diverses conditions d'équilibre acide-base, R. conclut que le taux du sucre dans le sang s'élève après l'administration prolongée de chlorure d'ammonium et baisse à la suite de l'alcalinisation par le bicarbonate de soude. L'hyperglycémie adrénalinique est sensiblement plus élevée et plus durable si l'animal a reçu au préalable et pendant plusieurs jours du chlorure d'ammonium. Par contre, l'absorption de bicarbonate de soude par voie gastrique ne modifie pas sensiblement la courbe hyperglycémique à l'adrénaline. Les injections intraveineuses d'acide chlorhydrique dilué élèvent le taux du sucre dans le sang et augmentent l'hyperglycémie adrénalinique. Le bicarbonate de soude administré par la voie intraveineuse abaisse la glycémie et entrave le cours de l'hyperglycémie adrénalinique.

Fribourg-Blanc.

F. Venulet, F. Goebel et **R. Tislowitz.** ***Influence de l'ammoniaque sur l'équilibre acido-basique*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **13**, n° 1, 2 Janvier 1936). — A la suite de certaines observations cliniques témoignant de l'action acidifiante de l'ammoniaque dans l'organisme, V., G. et T. étudient sur les chiens l'influence de l'ammoniaque sur l'alcalose digestive, les oscillations de l'équilibre acide-base sous l'influence de l'ammoniaque administré en solution aqueuse ou injecté par voie intraveineuse, et enfin l'influence de l'ammoniaque sur l'alcalose. Les résultats obtenus prouvent que: 1° l'alcalose digestive à la suite de l'ingestion de lait ne se produit pas si le chien reçoit simultanément 1 cmc d'ammoniaque à 10 pour 100. 2° L'acidose après l'ingestion d'eau est plus prononcée si l'eau est additionnée d'ammoniaque. 3° L'augmentation du taux des réserves alcalines est moins prononcée ou abolie si on administre de l'ammoniaque. 4° L'ammoniaque introduit par la voie veineuse diminue également les réserves alcalines, mais dans des proportions plus faibles que s'il est administré *per os*.

Fribourg-Blanc.

BULLETIN de la SOCIETE ROUMAINE DE NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE ET ENDOCRINOLOGIE (Jassy)

A. Moruzi et **E. Lupu.** ***Fracture du crâne. Hématome du centre ovale. Opération : guérison*** (*Bulletin de la Société Roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie*, t. **16**, n° 2, 1935). — M. et L. rapportent l'observation d'un enfant âgé de 13 ans, présentant une fracture du crâne, avec coma complet. Opéré d'urgence, ils découvrent un trait de fracture horizontal allant depuis l'occipital jusque dans la région de la bosse frontale du même côté: les rebords osseux chevauchaient l'un sur l'autre. La dure-mère très tendue montre après incision qu'il n'existe pas d'hématome sous-dural; la surface cérébrale est infiltrée de sang et le lobe frontal turgescent. M. et L. incisent la substance cérébrale, évacuant plusieurs caillots sanguins corticaux et sous-corticaux. A ce moment, surgit de la profondeur un caillot de la dimension d'une prune lequel aidé d'une curette est accouché en dehors de la substance cérébrale. Lavage au sérum qui montre après que la cavité plonge à plusieurs centimètres dans le centre ovale.

Fait capital: à peine l'hématome intracérébral évacué, le blessé sort totalement du coma. Il est parfaitement conscient et répond correctement aux questions qu'on lui pose. Le lendemain, état satisfaisant. Le 3e jour, le blessé présente un certain degré d'obnubilation, s'agite, il faut le maintenir au lit. Cet état, accompagné de confusion, persiste 3 jours. Le 5e jour, son état s'améliore et le 7e jour le bessé est à nouveau normal. Revu à plusieurs reprises, il se porte bien. L'intérêt de l'observation consiste dans l'effet remarquable obtenu par l'évacuation de l'hématome frontal, de constitution rapide, mal toléré par l'encéphale et le retour des fonctions cérébrales à la normale, malgré une destruction partielle du lobe frontal, l'intervention ayant la valeur d'une véritable expérience. L'état d'obnubilation post-opératoire était vraisemblablement en rapport avec l'œdème cérébral secondaire. L'intervention fut salutaire, car il est probable qu'une issue fatale allait se produire à bref délai. M. et L. conseillent une attitude interventionniste qui, dans leur cas, a sauvé le malade.

Henri Krauter.

ROMANIA MEDICALA (Bucarest)

G. Marinesco et **C. Vasilesco.** ***L'action des solutions hypertoniques de ClNa intraveineuses sur les crises gastriques du tabes*** (*Romania Medicala*, t. **14**, n° 1, 1er Janvier 1936, p. 1-12). — Depuis deux ans, G. M. et V. utilisent les injections intraveineuses de ClNa à 10 pour 100 dans le traitement des crises gastriques. L'idée d'employer le ClNa est venue des vomissements qui peuvent arriver à une véritable azotémie par chloropénie. G. M. et V. citent 4 observations, dont il résulte que l'action des solutions hypertoniques de ClNa par la voie intraveineuse est inconstante et peu durable.

Néanmoins cette action est utile car il n'existe pas de traitement curatif; la cordotomie donne également des résultats inconstants. L'emploi du ClNa dans les crises gastriques n'est pas indiqué uniquement lorsque l'organisme s'appauvrit en NaCl; son action est certainement complexe. L'état général est amélioré et, surtout, il y a une action analgésique manifeste. M. a amélioré des cas de crises fulgurantes, un syndrome thalamique, des crises intenses de migraines chez une tabétique. M. croit à une action vasculaire.

Les Américains emploient les sol. hypertoniques de ClNa dans les artérites et M. a guéri une gangrène des membres inférieurs par des injections de ClNa et le repos. Il est évident qu'on n'appliquera pas le traitement chez les malades présentant une rétention chlorurée ou qui ont présenté des crises d'œdème pulmonaire.

Les dosages du Cl sanguin donnent des indications précises sur l'emploi du ClNa au cours des crises gastriques.

L. Binet et J. Parrot ont publié dans *La Presse Médicale* du 11 Décembre 1935: La crise gastrique du tabes: crise hypochlorémiante. De leur publication il résulte que l'emploi du ClNa, dans le traitement des crises gastriques, est indiqué.

Henri Krauter.

A. Stroe. ***Le traitement sérothérapique de la scarlatine*** (*Romania Medicala*, t. **14**, n° 2, 15 Janvier 1936, p. 13-16). — La sérothérapie de la scarlatine a fait, dans les derniers temps, de grands progrès. En 1925, Dick prépara un sérum antiscarlatineux à partir des streptocoques isolés dans la gorge des enfants malades; les streptocoques devaient être hémolytiques et producteurs de toxine. Le sérum de Dick fut préparé au début avec la toxine, puis on y ajouta les corps microbiens (sérum de Dick-Bochez).

Ce sérum, fabriqué actuellement à l'Institut Cantacuzène, est actuellement le plus employé et présente une grande valeur thérapeutique. S. étudie cette valeur.

La sérothérapie antiscarlatineuse s'est enrichie d'un sérum ou sang total recueilli des convalescents de la scarlatine.

Le sérum antiscarlatineux est employé dans les formes graves de la scarlatine. On le recueille le 15e jour, au moment où le sérum des convalescents reprend sa propriété d'extinction de l'exanthème scarlatineux (phénomène de Schultze-Charlton). Le sérum est phénolé (1 goutte par cmc de sérum) et conservé à la glacière. Sa valeur thérapeutique durerait de trois semaines à deux mois.

S. décrit rapidement les scarlatines bénignes (forme fruste, légère et hyperpyrétique) et les scarlatines graves (forme maligne avec angine ulcéro-nécrotique, forme toxique pure, forme septicémique). Les formes frustes et légères n'ont pas besoin de traitement sérothéraptique, mais la forme hyperpyrétique nécessite la sérothérapie (Dick-Dochez) car elle combat d'une manière efficace l'hyperthermie. Mêmes résultats sont obtenus par le sérum de convalescent ou le sang total des convalescents. On trouve plus vite le sérum de Dick. On injectera 60-100 cmc. En-dessous de 3 ans, 40 cmc; une autre injection n'est plus nécessaire.

Le sérum de Dick n'est pas suffisant dans les formes malignes. Il faut associer rapidement du sérum de convalescent ou faire des immunotransfusions des convalescents. Dans les formes hypertoxiques foudroyantes, il faut faire immédiatement le sérum de convalescent par voie intraveineuse, intramusculaire ou même intrarachidienne. Chez les enfants on fera 20-40 cmc tous les jours; chez les enfants plus grands on augmente sensiblement les doses, ce qui ne peut pas nuire. Dans les formes avec angines ulcéro-nécrotiques ou ulcéro-gangreneuses, le sérum de Dick ou de convalescent peuvent produire une amélioration partielle; il faut souvent ajouter la sérothérapie antigangreneuse, à cause de l'association des anaérobies (perfringens, œdematiens, etc...). Dans les 4 premiers jours, S. associe les deux sérothérapies; après le 4e jour, il fait uniquement la sérothérapie antigangreneuse. Celle-ci doit être précoce pour empêcher l'extension des ulcérations qui peuvent provoquer, par l'atteinte des vaisseaux, une septicémie ou pyohémie.

Dans la forme septicémique: sérum antistrepto, abcès de fixation, etc.

HENRI KRAUTER.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

R. Brandberg. ***Recherches sur les cirrhoses hépatiques avec splénomégalie, les soi-disant tumeurs spléniques thrombo-phlébitiques et les hypertrophies spléniques infectieuses chroniques*** (*Acta chirurgica Scandinavica*, t. **77**, supplément 40, 1935, 247 p.). — Cette importante étude est basée sur 97 observations de splénomégalie, la plupart inédites et avec splénectomie. Dans le premier groupe comprenant les cirrhoses hépatiques avec splénomégalie, sont rangés 36 cas divisés en deux séries.

La première est caractérisée par la présence de symptômes de stase du système porte, hémorragies du tube digestif et ascite. L'hypertrophie de la rate peut dans ce cas être considérée comme essentiellement causée par la gêne circulatoire; dans quelques cas, la rate a diminué après les hémorragies. Le foie est gravement atteint. L'évolution de l'affection hépatique n'est pas manifestement influencée par l'extirpation de la rate; le pronostic de la splénectomie est mauvais; la maladie du foie est progressive et à échéance plus ou moins éloignée, les symptômes récidivent et mènent à une issue fatale. Sur 21 sujets ayant présenté, avant l'opération, des signes de stase portale, 12 sont morts pendant le séjour à l'hôpital, 3 peu de temps après, et les autres 2 à 9 ans après l'intervention avec des symptômes de cirrhoses. Dans ce type de cirrhose avec splénomégalie, la splénectomie n'est pas indiquée quand l'état général est mauvais ou le foie fonctionne mal, car la mortalité opératoire est élevée et il y a peu à attendre d'une opération. Quand l'état général est bon, et le fonctionnement du foie suffisant, la splénectomie peut être motivée comme mesure palliative.

Dans le deuxième type de cirrhose hépatique, il n'y a pas de signes de stase portale. L'hypertrophie de la rate doit être regardée comme un phénomène parallèle à l'atteinte du foie et causée par une infection ou une intoxication chronique. Il y a, en général, anémie concomitante. Les malades sont des femmes entre deux âges. Sur 7 cas splénectomisés, il y eut 4 guérisons et 2 améliorations.

Le deuxième groupe de splénomégalie comprend 30 observations avec gêne circulatoire sur le système porte, sans cirrhose du foie. Dans 12 cas, il y avait thrombose de la veine porte ou de la veine splénique; lorsqu'on a pu trouver la cause de la maladie, c'est la thrombose qui était primitive et l'hypertrophie de la rate secondaire. Dans 1 ou 2 cas, des raisons hématologiques font croire que l'hypertrophie splénique constituait l'altération primaire et que la thrombose était secondaire. Les résultats de la splénectomie sont: 12 morts à l'hôpital, 8 pendant les 8 ans suivants, par hémorragie ou gangrène intestinale; 8 vivent encore sans symptômes deux à quatorze ans après l'opération. 11 des malades n'avaient pas 16 ans; chez eux, le pronostic a été meilleur que chez les adultes.

Le troisième groupe comprend des hypertrophies spléniques par infection chronique. Outre la splénomégalie, il y a anémie, leucopénie, souvent granulocytopénie et quelquefois thrombopénie. Après l'extirpation de la rate, les altérations sanguines ont disparu dans plusieurs cas; mais dans d'autres, l'altération a été faible ou nulle. Sur 32 splénectomies, 6 morts opératoires, 9 peu après, 7 guéris.

ROBERT CLÉMENT.

MEDICINSKI PREGLED (Belgrade)

D. Dimitrijevitch. ***Sur les troubles dystoniques au cours de l'encéphalite chronique*** (*Medicinski Pregled*, t. **10**, n° 12, Décembre 1935, p. 201-225). — Les troubles dystoniques au cours de l'encéphalite chronique sont décrits déjà par différents auteurs. D. rapporte trois nouveaux cas intéressants qui se manifestèrent par différents symptômes. Le premier, un jeune homme, montra, après l'encéphalite, une plicature du tronc, suivie de déformation thoracique. Dans le second cas, chez un homme de 26 ans, la première déformation se trouvait à la partie lombo-sacrée de la colonne vertébrale, dans le sens de la dysbasie lordotique de Ziehen et d'Oppenheim, la deuxième à la partie cervicale de la colonne vertébrale. Les muscles du bras droit présentaient de l'hypertonie. Dans le troisième cas, un homme de 34 ans présenta des troubles dystoniques limités seulement à la région du cou, d'où renversement de la tête en arrière. Au sujet du mécanisme de ces troubles dystoniques, D. partage l'opinion de A. Thévenard, d'après laquelle ils sont la conséquence non seulement des états hypertoniques mais aussi des états hypotoniques des muscles. Quant à la localisation des lésions dans le cerveau, D. pense qu'elles doivent avoir très probablement leur siège à part dans la région du corps strié, ainsi que dans la région du noyau rouge.

LAZARE STANOYEVITCH.

B. Yovanovitch. ***A propos de 1000 hystérectomies abdominales*** (*Medicinski Pregled*, t. **10**, n° 12, Décembre 1935, p. 225-230). — Sur 1000 hystérectomies abdominales dont 150 personnelles et 850 effectuées par son maître B. Deplas, Y, a eu 3,5 pour 100 de complications mortelles pour la totale et 2,75 pour cent des cas pour la subtotale. Parmi les complications propres à l'hystérectomie totale, Y. insiste sur les hémorragies post-opératoires et surtout sur la cellulite pelvienne, dont il discute la fréquence, la pathogénie, la clinique et le traitement. Parmi les complications propres à l'hystérectomie subtotale, Y. souligne l'importance pratique de la cancérisation secondaire du col. Les conclusions du travail sont les suivantes: les complications et les accidents graves pouvant mettre en danger la vie de l'opérée se rencontrent avec une fréquence plus grande au cours de l'hystérectomie totale. Certains détails opératoires sont susceptibles de diminuer la fréquence des accidents au cours des hystérectomies. La difficulté d'une hémostase correcte constitue le vrai danger de l'hystérectomie totale, cette hémorragie post-opératoire est encore la principale cause de la cellulite pelvienne, complication la plus redoutable de l'hystérectomie totale. La cancérisation secondaire du col est la complication de beaucoup la plus sérieuse de l'hystérectomie subtotale. L'application post-opératoire du radium semble être le traitement prophylactique le plus efficace de cette grande complication. L'hystérectomie subtotale, suivie d'un traitement par le radium, constitue, selon Y., la méthode idéale de l'hystérectomie abdominale.

LAZARE STANOYEVITCH.

F. Blumenthal et **L. Stanoyévitch.** ***Principes essentiels pour le diagnostic du cancer*** (*Medicinski Pregled*, t. **11**, n° 3, Mars 1936, p. 46-49). — La tumeur cancéreuse est, d'après B. et S., la manifestation de certains troubles dans le métabolisme général. Les irritations exogènes et endogènes déterminent l'apparition locale de la tumeur. La « maladie cancer » n'est pas la tumeur seule, mais tout ce qui la provoque avec toutes les conséquences. A cause de cela, il doit y avoir des possibilités de rechercher la maladie dans le sang et les autres humeurs de l'organisme, même par des manifestations éloignées. Toutes les réactions pour le diagnostic du cancer donnent un pourcentage plus ou moins élevé de résultats positifs dans les cas de cancer, mais elles donnent également un pourcentage notable de résultats positifs chez les non cancéreux. Dans 49 cas, B. et S. ont appliqué la nouvelle réaction intracutanée de Freund. De ces 49 personnes, 34 étaient atteintes de cancer. La réaction fut trouvée positive 34 fois, 9 fois elle fut douteuse et 8 fois négative. Chez 12 sujets non cancéreux, mais atteints d'autres maladies, la réaction a été trouvée 8 fois négative et 4 fois positive.

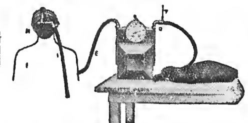
Comme il doit y avoir des troubles du métabolisme avant l'apparition locale de celle-ci, le but du diagnostic du cancer serait de découvrir celui qui est en train de devenir malade. Si on pouvait atteindre ce but, le diagnostic aurait fait d'immenses progrès.

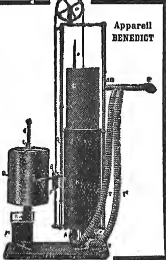
LAZARE STANOYEVITCH.

S. Milochevitch. ***Le diagnostic microscopique des teignes de la peau glabre*** (*Medicinski Pregled*, t. **11**, n° 3, Mars 1936, p. 50-53). — Se basant sur l'observation de douze nouveaux cas de teignes de la peau glabre, M. souligne que d'après l'aspect des dermatophytes dans les squames épidermiques, dans les teignes de la peau glabre, il est impossible de faire un diagnostic précis du type parasitaire. Il ne peut être fait par l'aspect du duvet, parce que les dermatophytes n'y sont pas caractéristiques. D'ailleurs, un même dermatophyte peut montrer des aspects différents. Le diagnostic peut être fait par l'examen des poils plus développés de la surface du corps. Il faut toujours chercher ces poils sur la lésion et il est généralement facile de les trouver. Quelquefois les dermatophytes ne se trouvent que dans ces poils. M. a pu constater trois types de dermatophytes dans les poils de la peau glabre : endothrix, mégospore et microsporum. Dans les cultures, M. a toujours obtenu les dermatophytes qui correspondent à ces types.

LAZARE STANOYEVITCH.


Établissements G. BOULITTE 15 à 21, rue Bobillot, PARIS (13e)




Appareil
BENEDICT

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL D'UROLOGIE (Paris)

Max Lévy. ***La désassimilation azotée post-opératoire*** (*Journal d'Urologie*, t. **41**, n° 2, Février 1936, p. 112-130). — Le bel et clair article de L. se termine par les conclusions suivantes:

I. *Trouble quantitatif du métabolisme azoté.* — *a*) L'acte opératoire provoque de façon imprévisible et d'ailleurs inconstante une désassimilation azotée d'ampleur parfois considérable et caractérisée quantitativement par l'accroissement du débit uréique. Cette désassimilation azotée n'est pas directement liée à l'hypochlorémie sanguine; de très fortes désassimilations azotées s'observent en l'absence de fortes hypochlorémies et n'entraînent pas obligatoirement des manifestations toxiques. *b*) Les accidents toxiques post-opératoires (avec hypochlorémie et hyperazotémie) s'accompagnent d'une désassimilation azotée plus accentuée. *c*) Le chlorure de sodium, injecté après l'opération en quantité suffisante, précocement et durant 2 ou 3 jours, s'oppose à l'apparition de cette désassimilation azotée, sans toutefois la supprimer totalement. *d*) L'insuline-glucose, administrée dans les phases pré- et post-opératoires, jouit du même pouvoir, mais à un degré moindre.

II. *Trouble qualitatif du métabolisme azoté.* — *a*) L'acte opératoire provoque à peu près constamment un accroissement de l'azote polypeptidique et de l'azote résiduel du sérum. *b*) Les injections de chlorure de sodium, pratiquées au cours d'accidents toxiques post-opératoires, en refoulent les manifestations cliniques et réduisent considérablement le taux de l'azote résiduel. *c*) Les injections à fortes doses de chlorure de sodium, utilisées précocement et systématiquement après intervention, abaissent de façon constante le taux de l'azote résiduel, alors même que s'accroît le taux de l'urée sanguine. *d*) L'insuline-glucose n'empêche pas l'élévation de l'azote résiduel dans la phase post-opératoire.

En dépit des nombreuses inconnues que comporte encore le problème de la désassimilation azotée post-opératoire, nous savons la mesurer approximativement et mettre en œuvre contre elle un traitement préventif efficace.

G. Wolfromm.

R. de Puysseleyr (Gand). ***Considérations sur la pathogénie des reins polykystiques à la lumière des théories nouvelles sur l'organogénèse du rein*** (*Journal d'Urologie*, t. **41**, n° 3, Mars 1936, p. 201-223). — Cet intéressant travail est de lecture un peu ingrate; d'abondantes citations de noms propres et peu de définitions claires donnent un caractère ésotérique aux recherches bibliographiques les plus consciencieuses. On en jugera d'après les conclusions de P. qui accompagnent cependant trois précieuses observations anatomiques de reins polykystiques rencontrés chez des enfants mort-nés. Voici ces conclusions:

La théorie de Ribbert et des autres « non-unionistes » est infirmée par les découvertes de Mc Kenna-Kampmeyer. Le rein polykystique n'est pas le résultat d'une dilatation des tubes urinaires par rétention de liquide, causée par la non-jonction des tubes excréteurs aux tubes sécréteurs.

Nous devons voir dans les reins polykystiques le résultat d'un trouble de développement, affectant l'équilibre entre le tissu épithélial et le tissu conjonctif. Les reins polykystiques sont des exemples de « hamartomes » dans le sens d'Albrecht.

La théorie de Mc Kenna-Kampmeyer explique la genèse des kystes rénaux solitaires ou groupés, mais non celle du rein polykystique vrai du nouveau-né.

La cause initiale de ces malformations n'est pas connue.

G. Wolfromm.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig et Dresde)

E. Forfota. ***La pneumatose kystique intestinale et son image radiologique*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **53**, n° 2, Février 1936, p. 131-139). — Faisant suite à une communication de Ruckensteiner et Kux (même publication, 1933) qui décrivaient pour la première fois l'aspect radiologique de la pneumatose kystique de l'intestin, F. apporte sa contribution à l'étude de cette question; à l'occasion d'un cas qu'il a personnellement observé et dont il rapporte l'observation, F. confirme les conclusions des auteurs précédents.

Au point de vue radiologique, il y a lieu de mentionner, en ce qui concerne cette affection chez l'homme, les signes suivants:

Le pneumopéritoine;

L'interposition, spontanément réductible, des anses intestinales affectées;

L'ascite;

L'aspect radiologique caractéristique des anses intestinales atteintes de pneumatose.

F. envisage la pathogénie de cette affection.

Pour F., il convient d'attacher une importance particulière au 4e symptôme ci-dessus décrit qui serait pathognomonique; recherché systématiquement, on le constaterait, non seulement au niveau du côlon, mais aussi dans l'affection dite « Pneumatose primitive » où il ne s'agit que de lésions peu accentuées provoquant surtout des modifications sous-muqueuses, et serait également important dans les cas ne s'accompagnant ni d'interposition ni de pneumopéritoine.

Sans doute, la production d'images radiologiques typiques est partiellement consécutive au météorisme de l'intestin, siège de pneumatose.

Aussi, une bonne radiographie, prise après évacuation intestinale minutieuse et insufflation consécutive, devrait-elle permettre de faciliter le diagnostic dans les cas où, alors que le météorisme n'existe pas encore, on soupçonne la pneumatose.

Morel Kahn.

B. Sabat. ***Radiographie intra-rectale (méthode, appareillage, technique, indications, résultats)*** [*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **53**, n° 2, Février 1936, p. 143-165]. — S. a mis au point un procédé de radiographie par voie intra-rectale à l'aide d'un appareillage approprié, le « rectoradiographe ». Cet appareil permet facilement, sans danger et sans douleur, d'introduire dans le rectum un film enroulé sur lui-même (protégé efficacement contre la lumière et l'humidité), de le rendre plan dans la cavité rectale pour prendre le cliché, et de l'enrouler à nouveau avant de le retirer.

S., après avoir longuement décrit l'appareil, expose la manière de l'utiliser et la technique des prises de vues intra-rectales tant postéro-antérieures qu'antéro-postérieures.

L'emploi de cette méthode a permis à S., grâce aux images postéro-antérieures, de reconnaître des fractures, luxations, subluxations et toutes autres lésions du coccyx et de la région terminale du sacrum que ne permettaient pas de mettre en évidence les autres techniques radiographiques habituelles.

Les radiographies antéro-postérieures conviennent à l'examen de la symphyse pubienne, de l'urètre postérieur et des vésicules séminales (à l'aide de produits de contraste), des concrétions prostatiques, de certaines lithiases urétro-vésicales, comme aussi de la grossesse au début (dès apparition des points d'ossification fœtaux).

La radiographie intra-rectale est appelée à jouer un rôle important dans l'étude des affections coccygiennes aujourd'hui groupées sous le terme de « coccygodinie » et, étant donnée la grande variabilité du polymorphisme du coccyx, paraît pouvoir être utilisée en criminologie.

Morel Kahn.

G. V. Pannewitz. ***Aspects radiologiques de l'arthropathie tabétique au début*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **53**, n° 3, Mars 1936, p. 434-442). — A propos de 5 cas dont il rapporte les observations résumées, P. insiste sur le fait, d'ailleurs connu depuis longtemps, que les arthropathies tabétiques peuvent être reconnues de manière précoce à la radiographie, avant même que le tabes soit soupçonné, et notamment avant l'apparition des troubles de la marche ou de la sensibilité.

Parmi les principales manifestations radiologiques précoces et par suite importantes en vue de l'établissement d'un diagnostic d'arthropathie tabétique, P. signale entre autres:

De fines formations osseuses sur une ou plusieurs surfaces articulaires.

Des altérations des arêtes articulaires.

Des formations osseuses au niveau des contours épiphysaires.

La constatation de ces signes précoces permet de différencier l'arthropathie tabétique des arthrites déformantes et représente souvent la première symptomatologie d'un tabes.

Morel Kahn.

H. Laurell. ***L'« anémie artérielle orthostatique »; aspect pathologique fréquent et souvent mal interprété*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **53**, n° 3, Mars 1936, p. 501-519). — Bjure et Laurell ont décrit en 1927 sous le nom « d'anémie artérielle orthostatique » une affection au cours de laquelle, en position debout, on constate une diminution de la circulation qui disparaît en décubitus, en même temps que les troubles qui en résultent. Debout, on constate aussitôt une augmentation compensatrice du rythme cardiaque en même temps qu'un affaiblissement du pouls qui peut atteindre 50 pour 100 et plus.

L. décrit le tableau clinique de cette affection constitutionnelle que l'examen radiologique contribue très efficacement à faire comprendre: en position debout, le cœur est petit, étroit, médian, « en goutte »; les hémi-diaphragmes paraissent abaissés, réduits, et présentent parfois des mouvements paradoxaux, alors que les champs pulmonaires sont du fait de l'abaissement des hémi-diaphragmes exagérément allongés. Le cœur est rapide (90-120-200/minute) et cette tachycardie cède rapidement dès le décubitus; cette variabilité que traduit la variabilité du pouls est particulièrement caractéris-

tique. En décubitus, le cœur augmente de volume et renferme plus de sang.

La variation de fréquence du pouls constitue (en positions debout et couchée) un bon élément d'appréciation des troubles de la circulation.

On peut observer des manifestations de même nature dans d'autres affections; cependant, quand il existe une diminution notable de la masse sanguine, le cœur, en décubitus, augmente moins de volume que dans l'anémie artérielle orthostatique et le pouls reste relativement ample.

L. n'insiste pas sur ces troubles de la circulation non constitutionnels qui peuvent aussi compliquer la forme constitutionnelle. Enfin, L. envisage la thérapeutique qu'il convient d'appliquer.

Morel Kahn.

F. Fleischner. ***Atélectasie pulmonaire et « collapsus dirigé » du poumon*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **53**, n° 4, Avril 1936, p. 607-625). — F. expose, en commençant, quelques considérations générales sur l'atélectasie et montre qu'il convient, lorsque l'on étudie ce phénomène, de dissocier le collapsus atélectasique de l'infiltration atélectasique.

Haudek et d'autres auteurs ont décrit des opacités basales linéaires qui sont consécutives à des densifications du tissu pulmonaire superficiel et qui, anatomiquement, correspondent à des zones de résorption atélectasique. Leur forme en plateau et leur répartition sensiblement horizontale sont, au moins en partie, fonction de la structure pulmonaire alors que leur extension vers le médiastin traduit des modifications pathologiques auxquelles peut s'appliquer le terme de « collapsus dirigé », dû à des conditions particulières, mécaniques.

On peut observer ces atélectasies de résorption lors d'une occlusion bronchique sous la dépendance d'un arrêt de sécrétion associé à d'autres facteurs, et, en particulier, à un fonctionnement défectueux du diaphragme.

Ces atélectasies basales, ou opacités linéaires, peuvent se rencontrer, ainsi que l'ont montré des observations antérieures, dans des affections de la portion supérieure de l'abdomen, sans cependant permettre de les affirmer.

N'y a-t-il pas affection abdominale ? il peut exister des troubles fonctionnels du diaphragme, provoquant une diminution de l'amplitude des mouvements de la portion inférieure des poumons, et provoquant ainsi secondairement une atélectasie de la base.

On peut d'ailleurs observer, en tous points des champs pulmonaires, à l'exception cependant des sommets, des aspects analogues d'atélectasie lamellaire de résorption, après toute affection aiguë comme: bronchites, grippes, pneumonies...

Morel Kahn.

H. Cramer, J. Pinke. ***La kymographie dans l'étude de la motilité gastrique physiologique et pathologique*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **53**, n° 4, Avril 1936, p. 634-647). — L'étude du relief muqueux a représenté au point de vue de l'étude radiologique de la morphologie gastrique un progrès capital et seule l'étude de la motilité de l'estomac peut permettre désormais de faire, à ce sujet, de nouveaux progrès.

Dans ce but, la seule méthode applicable est celle de la kymographie qui permet de réaliser des images facilitant l'analyse objective et exacte des mouvements de l'estomac.

Les résultats des études kymographiques de C. et P. leur ont permis de constater, au cours d'examens de *gastrites chroniques*, que toute infiltration inflammatoire provoquant une lésion de la musculeuse peut, comme une infiltration néoplasique, provoquer une rigidité anatomique.

L'étude de *l'ulcère gastrique* leur a prouvé que dans les cas où l'on soupçonne un ulcère, alors même que la niche échappe à l'investigation pour quelque cause que ce soit, il est possible de porter le diagnostic d'ulcère et même d'en situer la position segmentaire, par l'étude des phénomènes indirects et des modifications pathologiques du péristaltisme. La kymographie permet en outre d'apprécier aussi exactement que possible l'état fonctionnel de la musculeuse.

L'analyse systématique de la motilité gastrique à l'aide de la kymographie joue un rôle de premier plan dans le diagnostic précoce du *cancer*, dans l'étude du diagnostic différentiel et dans l'appréciation du pronostic d'une *résection*.

Mais l'intérêt de la kymographie réside aussi dans l'appréciation des *indications opératoires*, dans la perfection du diagnostic radiologique, dans la discussion des formes infiltrantes du cancer et dans les facilités du diagnostic entre les tumeurs gastriques proprement dites et les tumeurs extra-gastriques; à ces différents points de vue, la kymographie constitue un progrès remarquable en radiologie gastrique.

Morel Kahn.

S. Dedie. ***Diagnostic différentiel des affections mitrales*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **53**, n° 4, Avril 1936, p. 665-673). — D. insiste sur le rôle capital de l'examen du cœur, en *position de profil*, dans tous les cas où l'on suspecte une affection mitrale. Il s'agit là, en effet, d'un examen aussi indispensable que l'examen en position de face, étant donnée l'image plus caractéristique encore que l'on observe dans cette position:

L'oreillette gauche est en général augmentée de volume et se rapproche ainsi du rachis dont elle n'est plus distante que de 0 cm. 5 environ, si même elle ne l'atteint pas, au lieu de son écartement normal de 1 à 2 cm.

D. considère qu'il s'agit là, dans les affections mitrales, d'un signe pour ainsi dire constant, et, par conséquent, particulièrement important au point de vue du diagnostic, car il ne manque que dans des cas exceptionnels dans lesquels alors le diagnostic sera fondé sur la clinique et l'examen radiologique en position frontale.

Morel Kahn.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

R. Dubois et **Mme E. Helaers-Balle.** ***Les maladies à fractures multiples de la première enfance*** (*Le Scalpel*, t. **89**, n° 8, 22 Février 1936, p. 225-243). — D. et H.-B. rapportent deux observations. La première concerne un enfant de 13 mois, très hypotrophique (6 kilogr. 500), présentant un grand rachitisme avec hypotonie musculaire et 4 fractures, de l'hypocalcémie, de l'hypophosphorémie et une augmentation des phosphatases sanguines qu'ils rangent dans le rachitisme grave ou ostéomalacique.

La deuxième se rapporte à une fillette de 4 ans, atteinte d'une maladie de Lobstein : plusieurs fractures, sclérotiques bleues, dents transparentes, aucun stigmate clinique ou radiologique de rachitisme. Calcémie, phosphorémie et phosphatases du sang normales.

A propos de ces 2 cas, ils passent succinctement en revue les signes cliniques, anatomiques, radiologiques et chimiques de la forme ostéomalacique infantile du rachitisme, de l'ostéomalacie de la première enfance, de l'ostéopsathyrose et de la dysplasie périostale et de l'ostéopétrose.

Ils concluent que les maladies qui s'accompagnent de fractures multiples sont soit des affections congénitales et héréditaires du groupe de l'ostéopsathyrose ou du groupe de l'ostéopétrose, soit des formes graves du rachitisme infantile. Ils croient « que les cas décrits sous le nom d'ostéomalacie infantile, s'accompagnant de fractures multiples, d'une ostéoporose généralisée et d'hypocalcémie, sont en réalité pour la plupart des formes du rachitisme grave. Peut-être encore certains d'entre eux s'apparentent-ils exceptionnellement au rachitisme rénal ou cœliaque. Cependant, on trouve parmi ces descriptions des tableaux cliniques qu'il est impossible de classer avec précision à l'heure actuelle, le plus souvent en raison d'un manque d'examens anatomiques ou chimiques suffisants ».

Robert Clément.

F. Sluys. ***Rôle des irradiations totales et de la télérœntgenthérapie dans le traitement du Hodgkin*** (*Le Scalpel*, t. **89**, n° 10, 7 Mars 1936, p. 289-298). — L'irradiation totale peut se concevoir de deux façons: la première, qu'on peut appeler rœntgenisation totale par champs séparés, n'est que l'extension au maximum de la méthode consistant à irradier largement, par de vastes portes d'entrée, les régions envahies et suspectes. La deuxième est la télérœntgenthérapie, qui consiste à placer l'ampoule ou les ampoules radiogènes à une distance telle du plan cutané qu'on réalise l'irradiation totale en une seule fois.

La radiothérapie totale par champs séparés a donné d'excellents résultats, mais la longueur du traitement décourage certains malades.

La télérœntgenthérapie se fait généralement à une distance de 1 m. 80 à 2 m. 50 suivant les installations. Cette méthode a été appliquée avec prudence dans la lymphogranulomatose maligne. Les résultats ne sont pas faciles à apprécier, car la plupart des cas ont déjà été traités ou arrivent trop tard.

Un malade suivi depuis 1915, ayant fait en tout 6 récidives ganglionnaires de 1915 à 1925, traité chaque fois avec succès, paraît guéri depuis la dernière récidive de 1924 où un traitement énergique par rœntgénisation totale a été appliqué.

La radiothérapie totale à grands champs séparés est la technique de choix de la maladie de Hodgkin. La télérœntgenthérapie n'est qu'une thérapeutique d'appoint n'ayant son indication que dans des cas bien déterminés où les phénomènes généraux dominent et où les autres applications ont échoué. C'est une méthode d'exception qu'il faut employer avec prudence, car elle peut provoquer des incidents désagréables et accélérer l'évolution du processus morbide.

Robert Clément.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

W. Bastedo. ***La valeur de l'atropine et de la belladone dans les troubles gastriques*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 2, 11 Janvier 1936, p. 85-89). — Cet article est écrit pour démontrer que l'atropine ou la belladone, aux doses habituellement prescrites par voie buccale, n'a aucune action sur les fonctions sécrétoires ou motrices de l'estomac. Malgré l'intérêt des arguments expérimentaux présentés par B., il paraîtra difficile de faire admettre au médecin qu'un médicament aussi précieux et aussi journellement utilisé en pratique entérologique puisse être totalement dénué d'efficacité chez l'homme.

R. Rivoire.

J. Farrell. ***L'importance du diagnostic précoce dans la dilatation bronchique : étude clinique et radiologique de 100 cas*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 2, 11 Janvier 1936, p. 92-96). — Etudiant l'histoire clinique de 100 cas de bronchectasie, l'auteur a noté que, dans 80 pour 100 des cas, le début de la maladie remontait à la première décade de la vie. Il est donc indiscutable que, dans la plupart des cas, le diagnostic de la maladie n'est fait que

SÉLAMON

6 à 12 comprimés par jour

Médication ACIDIFIANTE

COLIBACILLOSE - ALCALOSE
PRÉCANCÉROSE - HYPERTENSION

LABORATOIRES LECLERC S. A. - 10, RUE VIGNON - PARIS

PHYTOTHÉRAPIE GASTRO-INTESTINALE

ISPAGHUL

TROUETTE-PERRET

Mucilage naturel, lubréfiant — Rééduque l'Intestin
TRAITEMENT IDÉAL DE LA CONSTIPATION

INNOCUITÉ ABSOLUE - TOLÉRANCE PARFAITE
ACTION EXCLUSIVEMENT MÉCANIQUE

DOSES -- *Adultes :* 1 cuillerée à soupe aux 2 repas
Enfants : 1 cuillerée à café ou à dessert aux 2 repas

Les semences doivent être prises à sec, dans le potage ou la boisson

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS AUX
Laboratoires CONDOU & LEFORT, 61, Avenue Philippe-Auguste, PARIS (XIe)
BELGIQUE : Ets **COCHARD**, 5-7, Rue Charles-Parenté — BRUXELLES



CONTRE L'ARTHRITISME

L'eau de St-Galmier Badoit a une action diurétique puissante. En effet, St-Galmier Badoit
— est une eau froide,
— une eau peu minéralisée,
— renferme de l'azotate de calcium.

St-Galmier Badoit provoque une polyurie aqueuse et une polyurie solide (solubilisant les déchets, elle élimine l'acide urique)

L'eau de St-Galmier Badoit est indiquée chez tous les infectés urinaires, particulièrement dans les pyélonéphrites à colibacille, les néphrites légères. Elle est recommandée dans toutes les manifestations de l'arthritisme.

Saint-Galmier BADOIT

UROSCLERAL

(Iodo-Calcio-Formine)

ANTISEPTIQUE, DÉSINFECTANT URINAIRE,
- HYPOTENSEUR ET ANTIHÉMORRAGIQUE -

Présenté en comprimés et en ampoules pour injections intramusculaires et intraveineuses.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :
H. VILLETTE et Cie, Phciens, 5, rue Paul-Barruel, PARIS (XVe).

très tardivement, à une période où il est vain d'attendre un succès thérapeutique médical ou chirurgical. Il y a donc un gros intérêt à préciser les signes précoces de la maladie, permettant de faire le diagnostic à la période initiale, alors que les lésions sont peu avancées. F. expose dans cet article les signes bronchoscopiques et radiologiques initiaux de la maladie.

R. Rivoire.

W. Freeman, H. Schœnfeld et **C. Moore.** ***La ventriculographie au dioxyde de thorium colloïdal*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 2, 11 Janvier 1936, p. 96-102). — Depuis plusieurs années, les neurologistes essayent de substituer une substance radiopaque à l'air pour la ventriculographie : l'air présente, en effet, de sérieux inconvénients, en particulier il détermine une violente irritation méningée. La plupart des essais ont été faits avec le thorotrast, qui présente de nombreux avantages : il se mélange facilement au liquide céphalo-rachidien ; il est lourd (de sorte qu'il pénètre facilement dans les recessus du système ventriculaire) ; il est très radiopaque (ce qui permet de n'injecter que de petites quantités); il est éliminé dans les cas normaux en 4 heures; il est si inerte qu'il ne détermine que des réactions inflammatoires discrètes. F., S. et M. ont pratiqué cette ventriculographie dans 20 cas, avec deux décès. Les résultats sont magnifiques au point de vue radiologique.

Le plus grand danger de la méthode est la rétention du thorium dans les cas d'obstruction du système ventriculaire : il peut en résulter la formation de granulomes épendymaires.

R. Rivoire.

J. Rogoff. ***Maladie d'Addison consécutive à une énervation surrénale dans un cas de diabète sucré*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 4, 25 Janvier 1936, p. 279-281). — L'histoire clinique rapportée dans cet article est du plus haut intérêt, car elle montre les graves dangers qui attendent le chirurgien trop enclin à essayer des thérapeutiques dites « physiologiques », pour employer une expression à la mode. Il s'agit d'un malade atteint d'un diabète relativement bénin, qui fut soumis à une double énervation surrénale, dans le but tout hypothétique de guérir son diabète. Le seul résultat appréciable de cette thérapeutique fut l'apparition, immédiatement après l'intervention, d'une crise d'insuffisance surrénale aiguë, dont l'administration intensive d'extrait cortico-surrénal vint à bout, mais qui fut suivie d'une maladie d'Addison subaiguë, aboutissant à la mort en 5 mois, malgré toutes les tentatives thérapeutiques.

Ce cas vient à propos, pour rappeler à la prudence le chirurgien, et lui montrer qu'il ne faut toucher chirurgicalement aux surrénales, glandes indispensables à la vie, que lorsqu'on y est forcé, et non pas pour traiter des affections attribuées tout à fait hypothétiquement à une hyperfonction surrénale.

R. Rivoire.

M. Strauss et **M. Howard.** ***La réaction de Frei pour la lymphogranulomatose inguinale : expériences avec un antigène préparé à partir de cerveau de souris*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 7, 15 Février 1936, p. 517-520). — Etant donné la difficulté qu'il y a à se procurer de l'antigène de Frei, préparé avec du pus de malade, on a tenté de lui substituer un antigène fait avec la matière cérébrale de souris infectées par la maladie.

S. et H. ont entrepris une série de recherches pour vérifier la sensibilité d'un antigène commercial préparé de cette façon. Ils constatèrent que les réponses fournies par cette préparation étaient bonnes pendant quelques jours seulement, le vieillissement de l'antigène déterminant l'apparition de très fréquentes fausses réactions positives. Ils concluent donc à l'impossibilité de l'utilisation pratique de ce type d'antigène.

R. Rivoire.

F. Shilito, C. Drinker et **T. Shaveghressy.** ***Le problème des séquelles nerveuses et mentales de l'intoxication oxycarbonée*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 9, 29 Février 1936, p. 669-674). — Il semble que l'on ait beaucoup exagéré la fréquence des complications nerveuses ou mentales de l'intoxication oxycarbonées, S., D. et S., en effet, étudiant les statistiques new-yorkaises, ont constaté que, parmi les 21.000 sujets intoxiqués par l'oxyde de carbone au cours des 10 dernières années, 39 seulement ont présenté des séquelles importantes : il s'agit donc d'une proportion infime de cas.

L'étude de ces cas leur a montré d'autre part que les complications mentales ou nerveuses ne s'observaient que dans les intoxications très graves, avec coma profond ayant nécessité les méthodes de ressuscitation les plus énergiques. Aucune complication n'a jamais été observée dans l'intoxication chronique.

La séquelle mentale la plus fréquente est une psychose confusionnelle, avec désorientation, perte du jugement et amnésie.

Les séquelles nerveuses sont assez variées, allant d'une légère exagération des réflexes à un syndrome parkinsonien intense. On peut observer aussi des troubles sensitifs, tels que de l'anesthésie cutanée et des névrites motrices périphériques.

Parmi ces malades, les deux tiers guérirent complètement.

R. Rivoire.

W. Collens, S. Slo-Bodkin, S. Rosenbliett et **L. Boas.** ***L'action de la folliculine dans le diabète humain*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 9, 29 Février 1936, p. 678-682). — Des recherches expérimentales concordantes ayant paru démontrer que l'administration de fortes doses de folliculine aux animaux dépancréatés diminuait les signes de leur diabète, sans doute en diminuant l'activité de l'hypophyse antérieure, C., S.-B., R. et B. ont essayé de traiter par la folliculine 7 malades atteints de diabète plus ou moins sévère. Les 7 cas furent des échecs complets, et C., S.-B., R. et B. se demandent même si dans certains cas le diabète n'était pas plus intense pendant la période du traitement folliculinique.

Il faut bien préciser cependant que C., S.-B., R. et B. n'ont employé que des doses très faibles de folliculine, 200 à 400 unités-rats par jour. Avant d'affirmer l'inefficacité totale de ce traitement, il serait bon de refaire quelques essais avec des doses fortes de l'hormone, au moins 10.000 unités par jour.

R. Rivoire.

L. Hollander. ***Dermatite du pénis due à l'éphédrine*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 9, 29 Février 1936, p. 706). — Dans cet article, H. rapporte un cas curieux de dermatite aiguë du pénis, dont la cause resta inconnue pendant un an. L'agent offensant, une préparation à l'éphédrine destinée à soigner un rhume des foins, fut découvert enfin, à cause d'une récidive de la dermatite un an jour pour jour après le début de la première crise, ce qui orienta les recherches vers les maladies saisonnières. Une cuti-réaction avec la préparation éphédrinée fut cependant complètement négative, alors que l'application sur le pénis d'une dilution au 1/50 de la solution détermina une réaction très intense : ce qui démontre que la cuti-réaction négative ne permet pas d'éliminer formellement une sensibilisation.

R. Rivoire.

H. Barker. ***Les cyanates du sang dans le traitement de l'hypertension artérielle par les composés cyanés*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 10, 7 Mars 1936, p. 762-767). — Le thiocyanure de sodium ou de potassium a été préconisé depuis longtemps pour le traitement de l'hypertension artérielle. Ce sel détermine indiscutablement une chute de la tension, mais son maniement est dangereux, car des intoxications graves s'observent fréquemment. B. a étudié la cause de ces accidents, et a constaté qu'ils étaient dus à une élimination très variable du sel : chez certains sujets, l'administration d'une dose moyenne de sulfocyanate produit une forte augmentation de la teneur du sang en ce sel, alors que chez d'autres la même dose ne détermine qu'une très faible élévation du taux sanguin. Il en résulte qu'il faut, si l'on veut utiliser ce remède dans l'hypertension, contrôler la teneur du sang par de fréquents dosages de cyanates : dosages d'ailleurs très faciles à l'aide de la technique décrite par B.

L'action thérapeutique du remède est excellente lorsque le sang contient entre 8 et 12 milligr. de cyanates par 100 cmc. Les signes de toxicité apparaissent entre 15 et 30 milligr., et les accidents graves au-dessus de ce taux.

En restant toujours au-dessous de la zone toxique, B. a obtenu chez 35 sur 45 malades atteints d'hypertension au-dessus de 20 une forte diminution de la tension, en même temps qu'une amélioration nette des signes objectifs et subjectifs de la maladie, sans aucune intoxication grave.

R. Rivoire.

J. McGrath et **K. Kuder.** ***La ressuscitation des nouveau-nés*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 11, 14 Mars 1936, p. 885-890). — McG. et K., dans cette intéressante revue générale, étudient les causes de l'asphyxie des nouveau-nés, et les moyens d'y remédier. Après l'exposé des moyens prophylactiques, ils étudient les méthodes de ressuscitation, et donnent la préférence à l'intubation trachéale à vision directe, à l'aide d'un laryngoscope infantile, suivie d'insufflation à faible pression d'un mélange de 90 pour 100 d'oxygène et de 10 pour 100 d'acide carbonique.

D'après eux, cette méthode est très efficace, peu traumatisante, et, lorsqu'elle échoue, il est impossible de sauver l'enfant à l'aide d'une autre technique.

R. Rivoire.

L. Warfield. ***Le traitement de l'insuffisance circulatoire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 11, 14 Mars 1936, p. 892-895). — Dans cet article, W. expose une théorie personnelle, mais très intéressante, expliquant les troubles circulatoires observés dans les maladies infectieuses. Pour lui, les symptômes circulatoires observés si fréquemment (tachycardie, affaiblissement des bruits du cœur, asystolie infectieuse) ne sont pas d'origine cardiaque : il s'agit d'une défaillance de la circulation périphérique, due à l'action de susbstances du groupe de l'histamine, qui contractent les artérioles et dilatent les capillaires : d'où stase sanguine périphérique, diminution de la masse sanguine, insuffisance de la circulation de retour. En somme, il s'agit d'un phénomène très analogue à celui du shock secondaire.

La tachycardie et les contractions myocardiques insuffisantes sont dues à ce que le cœur, mal rempli pendant la diastole, ne peut se contracter avec toute sa force.

La conséquence thérapeutique est que les médicaments toni-cardiaques, tels que la digitaline, sont absolument inutiles dans les maladies infectieuses. Il faut au contraire essayer d'augmenter la masse sanguine par des injections intraveineuses massives de sérum ou par des transfusions, et di-

minuer la stase périphérique par l'emploi de médicaments: strychnine à haute dose (3 milligr. en injection toutes les trois heures), adrénaline et post-hypophyse. Enfin, il faut donner de l'oxygène dès qu'il existe de l'anoxémie, car celle-ci détermine rapidement une dilatation cardiaque, particulièrement redoutable dans ce cas.

R. Rivoire.

C. Lawrence. ***Etude clinique sur l'action du prolan dans l'acné vulgaire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 12, 21 Mars 1936, p. 983-988). — Partant de l'hypothèse que l'acné est liée à une insuffisance hypophyso-génitale, hypothèse d'ailleurs vraisemblable, étant donné la fréquence des signes d'hypodéveloppement génital chez ces malades, L. a entrepris de traiter cette affection par des injections de prolan. Sa technique était la suivante: injection de 2 cmc d'autuitrin S. tous les 2 jours, jusqu'à disparition de l'acné. Celle-ci disparut dans la quasi-totalité des 30 malades traités, après un traitement variant entre 3 et 16 semaines. En cas de récidive, une nouvelle série de prolan suffisait à la juguler.

Il semble, d'après ce travail, que ce traitement de l'acné soit digne d'intérêt. Peut-être serait-il plus rapide si l'on injectait des doses plus fortes de l'hormone.

R. Rivoire.

M. Potter. ***Observations sur la vésicule biliaire et la bile dans la grossesse à terme*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 13, 28 Mars 1936, p. 1070-1075). — P. a examiné systématiquement la vésicule biliaire de toutes les femmes opérées de césarienne, les a palpées et ponctionnées, afin d'essayer de découvrir une altération biliaire expliquant l'influence favorisante de la grossesse sur l'apparition des calculs vésiculaires.

La seule constatation intéressante qu'il a faite est la fréquence de la distension vésiculaire, qui existe chez 70 pour 100 des femmes à terme. Cette dilatation est sans doute liée à la compression des viscères par le fœtus. L'examen de la bile prélevée n'a pas révélé l'existence d'un taux excessif de cholestérine: par contre, les sels biliaires sont extrêmement diminués.

Il n'a pas été possible de déceler une relation entre le taux de la cholestérolémie et celui du cholestérol biliaire.

R. Rivoire.

J. Corrigan et **M. Strauss.** ***La prévention de l'anémie hypochrome dans la gravidité*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 13, 28 Mars 1936, p. 1088-1090). — Pour démontrer l'influence de la carence ferrique dans l'étiologie de l'anémie hypochrome gravidique, l'auteur a administré à 100 femmes 0 gr. 50 de sulfate ferreux chaque jour pendant les 4 derniers mois de leur grossesse, alors que 100 autres femmes, prises comme témoins, ne recevaient aucun sel ferreux. A ces 200 femmes, des dosages de l'hémoglobine et des numérations globulaires furent faites au 5e mois et immédiatement après l'accouchement.

Alors que les 100 femmes témoins avaient en moyenne un taux d'hémoglobine de 75 pour 100, que 24 d'entre elles avaient moins de 70 pour 100, et que le chiffre moyen des hématies était de 3.940.000, chez les femmes traitées par le fer le taux moyen de l'hémoglobine fut de 85 pour 100, aucune d'entre elles n'eut un chiffre d'hémoglobine inférieur à 70 pour 100, et le chiffre moyen des hématies fut de 4.280.000.

Il semble donc établi sans conteste que l'anémie hypochrome gravidique soit due à une carence martiale.

R. Rivoire.

W. Bierman. ***La température cutanée*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 14, 4 Avril 1936, p. 1158-1162). — B. donne dans cet article les éléments d'une branche peu explorée de la physiologie et de la clinique, la recherche de la température cutanée. Celle-ci se mesure maintenant très facilement grâce aux thermocouples, thermomètres utilisant le principe du courant électrique naissant entre 2 métaux différents chauffés simultanément. Les lecteurs de cet article apprendront avec quelque surprise les variations physiologiques de la température cutanée suivant les régions, suivant l'âge, suivant les modifications du métabolisme; ils apprendront que la fièvre abolit les différences de température cutanée, que les diverses parties des téguments ont une tolérance très variable au chaud et au froid. Ils verront que la mesure de la température cutanée est une méthode intéressante de diagnostic pour les spasmes vasculaires, pour les oclusions artérielles: ils apprendront enfin que certains médicaments diminuent la température cutanée, et que d'autres l'augmentent.

Il semble au total qu'il y ait dans ces mesures de la température cutanée des recherches fort intéressantes à faire.

R. Rivoire.

SURGERY GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (Chicago)

A. W. Adson, WMcK-Craig et **G. E. Brown** (Rochester). ***La chirurgie dans ses rapports avec l'hypertension*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **62**, n° 2 A, 15 Février 1936, p. 314-332). — Les auteurs étudient le traitement chirurgical de l'hypertension et ils retiennent deux interventions:

1° La section bilatérale étendue des racines rachidiennes ventrales des vertèbres thoraciques inférieures et lombaires supérieures (de VI D à II L).

2° La sympathectomie sous-diaphragmatique étendue avec section bilatérale du nerf splanchnique, des deux ganglions lombaires supérieurs et résection partielle de la capsule surrénale.

Ils donnent le manuel opératoire de ces interventions.

Les résultats de ces interventions sont aléatoires. Il y a des opérés qui ont eu des résultats permanents; certains autres n'ont eu aucun résultat. D'autres ont obtenu une amélioration clinique sans abaissement de leur pression sanguine; enfin certains ont vu reparaître leurs anciens troubles et leur ancienne pression.

Ces opérations sont d'ailleurs de date trop récente pour juger des résultats éloignés. Un seul opéré date de cinq ans, tous les autres de vingt-six mois au plus.

La résection sous-diaphragmatique des splanchniques paraît donner des résultats supérieurs à la rhizotomie ventrale.

M. Guibé.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Gilbert Horrax. ***Observations nouvelles de tumeurs de la glande pinéale*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **35**, n° 2, Février 1936, p. 215-229). — D'importants travaux nous ont depuis 20 ans fixé sur les caractères cliniques et anatomiques des tumeurs de la glande pinéale. Les données physiologiques sont moins précises, et l'origine du syndrome de maturation précoce a été sérieusement discutée en ces dernières années. Les travaux des neuro-chirurgiens, de Dandy, de Van Wagenen, de Harris et Cairs, de Cl. Vincent, ont montré que l'extraction des tumeurs de l'épiphyse pouvait être tentée avec succès. Toutefois, la rareté de tels faits ne saurait être méconnue. Si bien que H. rapporte 2 nouveaux cas de tumeurs épiphysaires ou la radiothérapie semble avoir donné de bons résultats.

Dans le premier cas, il s'agit d'un pinéalome survenu chez un adulte présentant un syndrome d'hypertension, des troubles oculaires, et du tremblement des mains. Une extirpation partielle de la tumeur suivie de l'application de rayons X entraîna la guérison, avec rétrocession du syndrome d'hypertension, disparition des troubles oculaires, retour à une activité psychique normale, guérison qui durait 1 an 1/2 après l'intervention.

Dans le second cas, il s'agit d'un garçon de 10 ans présentant des signes d'hypertension intracranienne et un syndrome de Pellizzi. La ventriculographie montrait une ombre laissant supposer l'existence d'une tumeur de l'épiphyse. La décompression suivie de radiothérapie fit disparaître le syndrome d'hypertension, et régresser les signes de maturation précoce.

Pour H., ces 2 observations doivent faire prendre en considération: 1° La radiosensibilité des tumeurs de la pinéale. 2° le rôle possible de l'épiphyse dans la régulation des caractères sexuels secondaires.

Pour intéressantes qu'elles soient, ces 2 propositions méritent discussion. Car les tumeurs de l'épiphyse sont de type histologique variable, et d'autre part le rôle de la pinéale dans la genèse du syndrome de Pellizzi semble très discutable. Ces deux réserves ont d'ailleurs été présentées par Bernard Sachs lors de la communication de H.

H. Schaeffer.

Ph. Goodhart, B. H. Balser et **J. Bieber.** ***Etudes encéphalographiques dans des cas d'affections extrapyramidales*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **35**, n° 2, Février 1936, p. 240-253). — Chez un certain nombre de malades présentant des syndromes extrapyramidaux, une encéphalographie lombaire après injection anesthésique d'amytal et de morphine remplaçant par de l'air tout le liquide céphalo-rachidien peut préciser *in vivo* le processus lésionnel évolutif.

Dans 3 cas de chorée de Huntington, il existait une dilatation ventriculaire prédominant sur la partie antérieure des ventricules latéraux, associée à une atrophie corticale.

Dans 3 cas de maladie de Wilson, 2 relativement précoces et l'un à un stade évolutif avancé, on notait une dilatation de la partie antérieure des ventricules latéraux dans les 2 premiers, et une atrophie corticale accompagnée de dilatation ventriculaire dans le dernier.

Dans 3 cas de dystonie musculaire déformante, dont 2 idiopathiques et 1 symptomatique, l'encéphalogramme normal dans les 2 premiers décelait une atteinte diffuse dans le dernier.

Dans 4 cas d'athétose double, les encéphalogrammes étaient normaux.

Dans 5 cas de maladie de Little, l'encéphalogramme décelait l'existence de porencéphalie dans 2 cas, et une hydrocéphalie externe et interne dans les 3 autres.

H. Schaeffer.

Carl F. List. ***Attaques épileptiformes dans des cas de gliomes des hémisphères cérébraux. Rapports avec le siège et le type histologique de la tumeur*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **35**, n° 2, Février 1936, p. 323-351). — L'étude de 300 cas de gliomes des hémisphères cérébraux avec crises comitiales a montré que la fréquence de ces dernières dépendait du siège et du type histologique de la tumeur.

Les tumeurs à évolution lente s'accompagnent plus fréquemment de crises que les tumeurs à évolution rapide.

Les tumeurs diffuses, envahissant le tissu de voi-

sinage (astrocytome et oligodendroglione), s'accompagnent plus souvent d'attaques convulsives que les gliomes bien délimités (glioblastome et épendymome).

Trois autres facteurs : la richesse des tumeurs en fibrilles gliales, la présence des calcifications, la compression de vaisseaux par la tumeur pouvant déterminer une ischémie cérébrale temporaire ou des lésions définitives, favorisent également l'apparition des attaques.

Un gliome cortical détermine plus fréquemment des crises qu'une tumeur sous-corticale.

Il ne semble pas que le volume de la tumeur, la présence de kystes ou d'adhérences méningées soient des facteurs de crise.

Indépendamment des autres facteurs, il semble que l'existence d'accidents convulsifs soit d'un pronostic plus favorable, et que les malades ayant des crises présentent une survie plus longue que ceux qui n'en ont pas.

H. Schaeffer.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

E. Laqueur et **Th. Deelen.** ***L'action thérapeutique du menformon dans la maladie de Cushing*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **80**, n° 8, 22 Février 1936, p. 743-748). — Il est donné l'observation d'une jeune fille de 23 ans qui présente, depuis 1 an, la plupart des symptômes de la maladie de Cushing : un teint « pivoine » manifestement pathologique, un épaississement des traits qui lui donne un aspect repoussant et inintelligent ; la peau est tendue ; on constate sur les flancs des vergetures ; des dépôts de graisse existent autour du cou et des hanches, les membres restant grêles ; hypertension (150/100), hémoglobine selon Sahli, 104 pour 100 ; globules rouges, 6 millions avec volume cellulaire de 51 ; hyperglycémie 0,150 pour 100. L'augmentation du métabolisme de base, déterminé par un repas riche en protéines, n'est que de 9 pour 100. La selle turcique n'est cependant pas élargie et le champ visuel n'a rien d'anormal même pour les couleurs. Enfin, il y a de l'aménorrhée depuis 2 ans.

Etant donné que si la maladie de Cushing n'est pas constamment associée à une tumeur basophile du lobe antérieur de l'hypophyse, on doit néanmoins considérer qu'elle est en relations avec un hyperfonctionnement de cet organe, L. et D. se sont demandé s'il n'y aurait pas lieu d'essayer un traitement par la folliculine. Le fait que sous l'influence de la castration il apparaisse dans cette glande des cellules dérivées des cellules basophiles qui sont directement en cause dans le syndrome de Cushing et que ces cellules n'apparaissent pas chez les animaux castrés soumis à un traitement par la folliculine a conduit L. et D. à recourir à ce traitement dans l'espoir de freiner les fonctions préhypophysaires. Ils s'y sentaient d'autant plus autorisés qu'une intervention chirurgicale ne s'imposait pas.

Il a été fait ainsi à deux reprises une cure de 15 jours, soit de 50.000, soit de 100.000 unités de menformon administrées sous forme de benzoate d'œstradiol. Sous l'influence de la première cure, les globules rouges ont passé de 6 à 4,5 millions ; l'hémoglobine de 104 à 92 pour 100, le volume cellulaire de 52 à 41 pour 100. La pression du sang n'a pas varié, mais la glycémie s'est abaissée de 0,150 à 0,09 pour 100. Du 18 Mars au 1er Avril, on a cessé les injections et on a constaté, au cours de 3 semaines, une élévation des globules rouges, de l'hémoglobine et du volume cellulaire. La reprise du traitement du 12 au 26 Avril d'abord avec 50.000, puis avec 100.000 unités par jour fait de nouveau baisser le nombre des globules rouges, le taux de l'hémoglobine, le volume cellulaire et la glycémie. Parallèlement à ces modifications, les règles ont reparu régulièrement toutes les 4 semaines et ont été observées 8 fois depuis la fin du traitement.

P.-E. Morhardt.

GENEESKUNDIGE BLADEN (Haarlem)

J. Groen. ***Recherches nouvelles sur les matières réduites dans le sang*** (*Geneeskundige Bladen*, t. **31**, n° 12, 1935). — Dans cette étude G. discute la question des matières réduites dans le sang. En déterminant le taux du sucre sanguin, ce n'est pas seulement le glucose qui est décelé, surtout quand on pratique les méthodes de réduction. La question de la « réduction restante », c'est-à-dire la réduction du sang après la fermentation du glucose, est traitée d'une manière très détaillée.

Cette réduction restante est causée en particulier par le glutathion, un tripeptide de l'acide de glutamine-cystéine, et le glycocolle. Il est probable que le glutathion joue un grand rôle comme catalysateur dans le métabolisme des graisses et des albumines.

L'auteur a étudié plusieurs méthodes servant à préciser le taux de glucose sanguin et non le taux de réduction du sang.

Les recherches de M. Groen sont actuellement d'un intérêt presque exclusivement théorique, mais déjà l'étude du glutathion (et du cholestérol) a une valeur pratique comme indice au cours de la tuberculose pulmonaire (Voir l'étude de M. Bethoux dans *La Presse Médicale* du 19 Février 1936).

Van Esso.

ORVOSI HETILAP (Budapest)

E. Recht. ***L'importance de la réaction de Takata du point de vue hépatique chez les nourrissons et les enfants*** (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 5, 1er Février 1936, p. 97-98). — R. examine les modifications colloïdales du sérum du sang, par la réaction de Takata Jezler, dans les affections du nourrisson et de l'enfant. Il enregistra non seulement les résultats nettement positifs ou négatifs, mais même les précipités ou les troubles les moins importants.

Il trouve, à l'examen de 56 nourrissons et de 26 enfants, que le précipité ou le trouble, dans les cas normaux, se forment à un taux de dilution égale à 1/36 ; la floculation apparaissant à un taux de dilution inférieur ou supérieur à ce chiffre (1/16) apporte le témoignage d'un état pathologique.

Balasffy-Blasko.

L. Aschoff. ***Gastrite*** (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 6, 8 Février 1936, p. 111-114). — Après avoir brièvement passé les lésions histologiques des gastrites aiguës en revue, A. aborde le sujet du mécanisme pathogénique des dites lésions.

La gastrite simple paraît être le premier stade d'un processus amenant ultérieurement l'ulcère érosif de la muqueuse. Pour Konjetzny et ses collaborateurs, la cause de ces gastrites aiguës est d'origine exogène. L'école de Büchner a démontré, par contre, que le suc gastrique joue le rôle principal dans la genèse des gastrites aiguës, dites spontanées, ainsi que dans celui de leur conséquence : les ulcères gastriques. L'action phlogistique de l'acidité gastrique a été reconnue par tous les auteurs.

Quant à la localisation de ces ulcères, le mécanisme de production semble donner des preuves convaincantes. Ils siègent de préférence en dehors du lieu de production du suc gastrique (corps de l'estomac) ; tout d'abord en bas, au niveau du canal pylorique, plus rarement en haut, sur la partie inférieure de l'œsophage ; la petite courbure pour sa part est très fréquemment affectée.

En faveur de la théorie endogène, maintes recherches expérimentales ont fait leur preuve. Les facteurs pouvant augmenter la sécrétion gastrique, comme l'inanition, l'injection ou l'administration des médicaments excito-sécréteurs (histamine, etc.) agissant directement sur la muqueuse et par voie nerveuse (parasympathique) ont donné des résultats probants à ce sujet.

Quelques gastrites relèvent d'un autre mécanisme. Des lésions vasculaires ont été incriminées pour expliquer leur genèse. La localisation des stigmates hémorragiques au corps de l'estomac est d'une interprétation difficile.

La muqueuse gastrique ayant une surface sillonnée, irrégulière, il est aisé de concevoir que les lésions auront un aspect irrégulier et circonscrit.

L'irrégularité des heures de repas, l'inanition, la famine, l'hypersécrétion gastrique sont les facteurs importants générateurs de ces lésions. Le système nerveux, la réactivité des glandes gastriques, l'hérédité y ajoutent leurs effets. Le sexe semble avoir un rôle non négligeable : chez l'homme, l'ulcère siège dans le duodénum, chez la femme l'ulcère de l'estomac est plus fréquent.

Balasffy-Blasko.

L. Aschoff. ***Gastrite*** (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 7, 15 Février 1936, p. 135-139 (*suite*). — Le mécanisme pathogénique des ulcères chroniques de l'estomac, suivant la conception de A., semble être établi : ils se développeraient à partir des ulcères aigus, qui constitueraient, ainsi, la lésion primitive. Pour que cette transformation de l'ulcère aigu en ulcère chronique puisse se produire, il est nécessaire que deux conditions principales soient réalisées. L'ulcère aigu doit être mis en contact prolongé avec le suc gastrique ; à cette action, des excitations mécaniques répétées doivent joindre leur concours.

On connaît la dégénérescence cancéreuse des ulcères chroniques : aujourd'hui, il est admis que 5 à 10 pour 100 des cas chroniques se transforment en cancer.

Les lésions vasculaires, siégeant à la base de l'ulcère, sont secondaires. Il en est de même pour les troubles nerveux. La névrite est une conséquence de la formation de l'ulcère.

Ceci dit sur le mécanisme pathogénique de l'ulcère gastrique spontané, endogène, ainsi que sur celui des troubles entraînés, A. envisage les gastrites d'origine exogène. Les substances nocives sont variées, de nature toxique (alcool, phosphore, etc.), elles agissent surtout sur l'appareil glandulaire, réalisant ce qu'on appelle gastrite parenchymateuse. Toutes les fois que les lésions glandulaires priment sur celles de l'épithélium, on doit envisager la possibilité de gastrite parenchymateuse, à moins que l'influence du suc gastrique ne donne un caractère spécial, et lorsque la notion de gastrite endogène s'impose.

Ensuite A. passe en revue les lésions histologiques observées dans les gastrites : 1° les lésions glandulaires hyperplasiques ou dégénératives ; 2° et les lésions interstitielles.

L'évolution ultérieure sur l'atrophie (gastritis atrophicans) et la transformation muqueuse ont été également traitées. La transformation muqueuse s'observe même dans certaines conditions physiologiques (sénilité, etc.). Quand la transformation muqueuse et l'atrophie sont complètes, la fonction sécrétoire se trouve anéantie, correspondant à l'apepsie.

A. termine en mentionnant les gastroses (gastropathies) d'origine purement nerveuse, hormonale ou avitaminosique, qu'il convient d'avoir présentes à l'esprit à côté des gastrites endogènes et exogènes.

Balasffy-Blasko.



GOUTTES
I.A.M.
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
Antilymphatique puissant
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
15 à 20 GOUTTES matin & soir
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS, 1 cuiller matin et soir
Echantillons & littératures : LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ RENNES (France)

B. Wollek et **M. Kulcsar**. ***L'équilibre acido-basique du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse*** (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 7, 15 Février 1936, p. 145). — On sait qu'on trouve dans la méningite tuberculeuse des altérations chimiques bien définies. W. et K. ont étudié avec soin la plupart de ces modifications chimiques et leurs relations avec la maladie.

Presque tous les changements chimiques ne sont qu'une partie, un facteur d'un groupe chimique déterminé par un complexe des anions et cations, qui influencent l'équilibre acido-basique. W. et K. ont essayé d'éclaircir la relation entre la pression osmotique et l'équilibre acido-basique du liquide céphalo-rachidien des sujets atteints de méningite. Ils ont voulu résoudre ce problème par la détermination quantitative de presque toutes les racines acides et basiques et par l'examen de la pression osmotique du liquide. Ils ont fait ces recherches seulement sur les maladies déjà avancées quand on pouvait supposer que les altérations étaient très développées. Les résultats de leurs observations sont les suivants:

1° Dans la méningite tuberculeuse le taux de chlorure baisse ainsi que le taux de base fixe, quoiqu'il n'existe pas un parallélisme entre eux. Par rapport à la baisse de la base fixe, la concentration des sels du liquide céphalo-rachidien devient très basse; c'est pour cela que le point de congélation du liquide est plus élevé que normalement.

2° Le taux de bicarbonate du liquide chez certains malades est normal. La diminution de bicarbonate du liquide céphalo-rachidien, quand elle existe, est le plus souvent déterminée par l'augmentation de l'acide organique.

BALASFFY-BLASKO.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Bologne)

Vicenzo Jura. ***Les varices du cou*** (*Archivio italiano di chirurgia*, vol. **16**, fasc. 1, Août 1935, p. 101-148). — Parmi les cas de kyste hématique du cou publiés jusqu'à ce jour, l'auteur retient particulièrement ceux qui doivent être rattachés à des dilatations veineuses isolées ou encore en communication avec la veine d'origine.

Cette étude est rendue particulièrement intéressante (outre l'exposé détaillé de 38 observations de la littérature) par la présentation de 2 observations personnelles concernant des varices de la jugulaire antérieure droite. L'une d'origine congénitale concernant une enfant de 11 ans qui présentait depuis la naissance des dilatations du segment inférieur de cette veine avec distension des veines environnantes. L'autre cas paraissait acquis; il concerne une femme de 44 ans qui, depuis huit mois, constatait une augmentation de volume de son cou.

V. J. considère comme ayant une importance particulière dans le développement de ces varices des lésions congénitales ou acquises des veines, soit qu'il s'agisse d'une anomalie de structure de leur paroi, soit qu'il faille invoquer certaines conditions anatomiques du territoire veineux environnant; ces conditions agiraient en augmentant occasionnellement la pression veineuse, ce qui se voit en particulier dans le territoire des troncs brachio-céphaliques. A. GUIBAL.

BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE
(Bologne)

G. Dell' Acqua. ***Sur les lipomatoses multiples circonscrites*** (*Bullettino delle scienze mediche*, t. **107**, n° 5, Septembre-Octobre 1935, p. 496-521). — A. rapporte 4 cas de lipomatose multiple circonscrite: un de lipomatose du cou type Madelung, un de lipomatose symétrique nodulaire, un de lipomatose discrète et un de lipomatose associée à de l'athérome et à des nævi; dans les 2 premiers cas, on notait des douleurs rhumatoïdes; dans le troisième, il n'y avait aucun trouble particulier; le quatrième était hérédo-familial; les deux premiers et le dernier malade présentaient de l'asthénie. Du point de vue morphologique, les malades étaient tous du type mixte. Du point de vue biochimique, on n'a pas décelé les troubles du métabolisme mis en évidence dans les cas d'adipose endogène; il n'y avait pas d'hypercholestérinémie; le métabolisme basal était normal dans 2 cas, augmenté puis diminué dans un autre, augmenté dans le dernier.

La lipomatose ne fait pas partie des maladies des échanges au sens strict; ce n'est qu'une hyperplasie du tissu adipeux sous-cutané à caractère symétrique. Pour la lipomatose du cou type Madelung, on peut envisager un trouble endocrinien associé à un facteur lipophilique régional; pour la lipomatose nodulaire symétrique et la lipomatose discrète, une pathogénie neuro-hormonale; pour la lipomatose avec athérome et nævi, une pathogénie dysembryoplasique. LUCIEN ROUQUÈS.

LA MEDICINA ITALIANA
(Milan)

A. Chieffi. ***La réaction au peptonate de fer dans le diagnostic des leishmanioses internes de l'enfance*** (*La Medicina italiana*, t. **16**, n° 11, Novembre 1935, p. 752-762). — G. a pratiqué chez 316 sujets la réaction au peptonate de fer qu'il a proposée avec Auricchio pour le diagnostic des leishmanioses internes de l'enfance : elle consiste à rechercher le pouvoir floculant du sérum mis en présence d'une solution de peptonate de fer dans l'eau distillée. Sur 151 enfants, la réaction n'a été positive que dans 9 cas où le diagnostic de leishmaniose viscérale était certain; sur 165 adultes, la réaction a été une fois fortement positive et une fois positive: chez ces deux malades, le diagnostic de leishmaniose pouvait être soupçonné, mais n'a pu être assuré. Sur 184 paludéens enfants ou adultes, la réaction a toujours été négative; elle n'a rien de commun avec la réaction de Henry, comme on l'a soutenu à tort. LUCIEN ROUQUÈS.

MINERVA MEDICA
(Turin)

A. Midana et **F. Franchi**. ***Exanthèmes par l'acide picrique et le bisulfate de quinine; transport passif de l'hypersensibilité par la méthode de Prausnitz et Kuestner*** (*Minerva Medica*, **26**e année, t. **2**, n° 48, 1er Décembre 1935, p. 641-646). — Un malade de 46 ans doit être opéré de hernie inguinale; le champ opératoire est badigeonné d'une solution à 5 pour 100 d'acide picrique dans l'alcool éthylique; deux heures après, une vive sensation de brûlure est ressentie à ce niveau; lorsque le pansement est enlevé au bout de 2 jours, la région présente un érythème intense avec légère exsudation qui s'étend en 5 jours à tous les téguments, pendant qu'apparaissent un gros œdème des lèvres et des paupières et une intense vésiculation sur la face, puis sur le tronc; fièvre à 38°8, micropolyadénopathie, albuminurie légère; guérison rapide après infection secondaire des vésicules et desquamation à larges lambeaux. Un autre malade de 49 ans, paludéen, présente chaque fois qu'il absorbe de la quinine une dermatose subaiguë, érythémato-bulleuse, localisée à l'avant-bras ou à la jambe gauches, évoluant par poussées subintrantes. Dans ces 2 cas, la cuti-réaction par application de l'antigène (acide picrique ou quinine) sur la peau suivant la méthode de Bloch-Jaeger et le transport de l'anaphylaxie passive à l'homme suivant la méthode de Praussnitz et Kuestner ont été positifs, démontrant la nature allergique des exanthèmes. M. et F. insistent à propos de ces observations sur les causes d'échec de la transmission passive de l'anaphylaxie à l'homme: le temps qui sépare l'injection de sérum allergique de l'introduction de l'antigène, le mode d'introduction de l'antigène, le choix de l'individu sur qui la recherche est faite sont des facteurs très importants à envisager. LUCIEN ROUQUÈS.

G. Tron. ***Valeur de l'azotémie dans le pronostic de la diphtérie*** (*Minerva Medica*, **26**e année, t. **2**, n° 49, 8 Décembre 1935, p. 671-674). — D'une étude de plus de 200 cas de diphtérie, T. conclut que dans les formes légères ou de gravité moyenne, il n'y a en général pas de modifications de l'azotémie ou seulement des modifications peu accusées; l'hyperazotémie est fréquente dans les diphtéries graves et très fréquente dans les diphtéries hypertoxiques; une azotémie entre 1 gr. pour 1.000 et 1 gr. 5 implique un pronostic très réservé; une azotémie supérieure à 1 gr. 5 implique avec une certitude presque absolue une pronostic fatal.

L'hyperazotémie est liée à l'intoxication diphtérique; elle est, en effet, à son maximum dans les formes malignes, élevée dans les bronchopneumonies diphtériques. Elle est, au contraire, peu élevée dans les diphtéries avec bronchopneumonie banale, dans le croup, dans les diphtéries associées à la coqueluche ou à la scarlatine, toutes formes graves, mais où la gravité ne tient pas à l'intoxication. T. ne partage pas l'opinion des auteurs qui n'accordent aux lésions rénales qu'une faible importance dans la diphtérie; la fréquence relative de phénomènes inflammatoires au niveau des reins, la constance des lésions de néphrose, la fréquence de l'hyperazotémie démontrent que dans le tableau complexe de l'intoxication diphtérique, les reins sont en cause comme le système nerveux, le cœur, le foie et les surrénales.

LUCIEN ROUQUÈS.

M. Milella. ***L'arthrotropisme des streptocoques isolés des amygdales des personnes saines vivant dans des milieux secs et humides*** (*Minerva Medica*, **26**e année, t. **2**, n° 50, 15 Décembre 1935, p. 695-699). — Par expression des amygdales chez des sujets ne présentant pas d'affections rhumatismales, M. a isolé des streptocoques qu'il a cultivés en anaérobiose sur milieux de Rosenow; injectant les cultures dans les veines de lapins. il a obtenu des arthrites purulentes chez 65 p. 100 des animaux, avec une moyenne de 1,4 grande articulation atteinte par animal. Les streptocoques provenant des sujets vivant en milieu humide donnent des cultures riches; les lapins inoculés avec ces germes présentent une moyenne de grandes déterminations articulaires de 1,6 et 20 pour 100 d'entre eux ont au moins 4 articulations touchées; 30 pour 100 sont morts. Les streptocoques provenant des sujets vivant en milieu sec donnent des cultures moins abondantes; la moyenne des grandes déterminations articulaires n'est que 1,2, et 10 pour 100 des lapins seulement ont présenté au moins 4 atteintes articulaires; aucun animal n'est mort. Pour M., le comportement différent des streptocoques, suivant le milieu sec ou humide où vit le sujet, ne tient pas à la virulence; mais les streptocoques acquerraient un tropisme articulaire spécial du fait de l'action des refroidissements sur l'organisme des sujets chez qui ces streptocoques existent.

Il convient de remarquer que le travail de M. ne porte que sur 10 sujets et 20 animaux.

LUCIEN ROUQUÈS.

L. Cicognani. ***Observations sur le traitement des brucelloses par le vaccin anti-melitensis par voie veineuse*** (*Minerva Medica*, **26**e année, t. **2**, n° 51, 22 Décembre 1935, p. 717-723). — C. a traité 25 cas de brucellose humaine par des injections intraveineuses de vaccin anti-melitensis, suivant la technique de Di Guglielmo: après une

injection de 2 ou 5 millions de microbes (injection d'épreuve), on injecte tous les 2 ou 3 jours des doses progressivement croissantes de vaccin (injections efficaces) jusqu'à provoquer une poussée thermique d'au moins 39°, en surveillant l'importance de la réaction d'après le pouls et la température; vers la 5° ou 6° injection en général, il se produit une élévation de température aussi forte que les précédentes, mais qui cesse en 36 heures; on suspend alors les injections qu'on recommence au premier indice de reprise de la fièvre; 2 ou 3 injections de sécurité doivent être faites à des intervalles plus éloignés que les précédentes, lorsque l'apyrexie est obtenue, pour éviter les récidives. C. a obtenu ainsi 22 guérisons à n'importe quelle phase de la maladie; dans la plupart des cas, il a fallu 6 à 10 injections, dans 2 une, dans quelques-uns 3, dans un 11 et dans le dernier 12; la dose moyenne par injection a été de 150 à 200 millions de germes, la dose maxima de 250 millions. L. n'a observé aucun incident, même chez des sujets dans de mauvaises conditions générales et circulatoires et si les réactions ont été parfois intenses, elles n'ont jamais causé d'inquiétude.

L'action remarquable du vaccin par voie veineuse est à opposer à l'action très discutable du vaccin par voie intramusculaire; cette action n'est pas d'ordre pyrétothérapique, car la fièvre disparaît parfois après une seule injection intraveineuse n'ayant pas donné de réaction fébrile ou une réaction insignifiante; cette action doit être en partie au moins d'ordre spécifique, car la presque totalité des sujets non atteints de brucellose ne réagissent pas à l'injection.

Lucien Rouquès.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA (Florence)

P. Molinari Tosatti. ***Considérations sur les réactions cutanées allergiques*** (*Rivista di clinica medica*, t. **36**, nos 15-16, 15-30 Août 1935, p. 571-593). — La réaction cutanée allergique dont le pomphus est la manifestation principale peut être identifiée avec la réaction triple de Lewis; elle comporte: 1° une tache rouge au point d'application de l'allergène, par dilatation active des capillaires des veinules et des artérioles correspondantes; 2° un cercle érythémateux dû à la dilatation de l'artériole terminale par un mécanisme nerveux réflexe du type d'axone; 3° un pomphus dû à l'augmentation de la perméabilité des parois capillaires; cette réaction est la même que celles que provoquent au niveau de la peau les excitations les plus variées (physiques, chimiques, thermiques) ou l'histamine. En soumettant la réaction cutanée allergique à des modifications circulatoires, on observe une série de phénomènes qui existent aussi pour les réactions cutanées produites par les facteurs ci-dessus mentionnés: atténuation et inhibition du pomphus par la stase et l'ischémie, rapide formation du pomphus lorsque la circulation se rétablit après stase, tardive et lente formation du pomphus après ischémie prolongée. D'après Lewis, la réaction triple est due à la libération par les cellules de la peau d'une ou plusieurs substances semblables à l'histamine et qui agissent sur les parois vasculaires et les terminaisons nerveuses; on peut admettre que l'excitation allergique agit dans la réaction cutanée allergique, en provoquant également la libération de substances semblables à l'histamine. Cette excitation allergique peut à titre d'hypothèse être identifiée avec la résultante de la réaction entre l'antigène et l'anticorps et est probablement de nature physico-chimique (précipitation, floculation de colloïdes). La réaction de la peau à l'excitation anaphylactique peut rentrer dans le groupe des réactions du type normo-ergique.

Lucien Rouquès.

E. Liesch. ***Le réflexe à la menace dans les affections du système nerveux central*** (*Rivista di clinica medica*, t. **36**, nos 19-20, 15-30 Octobre 1935, p. 687-708). — L. a vérifié que le réflexe de clignement dans les lésions corticales ou sous-corticales atteignant les zones rolandique ou occipitale manque aussi bien pour le réflexe direct que pour le réflexe consensuel, lorsque la menace est faite devant l'œil du côté opposé à la lésion cérébrale; il persiste lorsque la menace est faite devant l'œil du côté de la lésion; les mêmes faits s'observent dans certains cas d'hémiplégie capsulaire; L. les a constatés également dans une lésion pontine unilatérale. L. admet avec Rademaker et Garcin que le réflexe nécessite pour se produire l'intégrité d'une voie d'association occipito-rolandique; le centre cortical de ce réflexe, s'il en existe un, ne coïncide pas avec celui du facial supérieur, car le réflexe n'est pas aboli dans les paralysies faciales d'origine corticale. Dans certaines affections telles que l'hydrocéphalie qui ne lèsent pas les voies probables du réflexe, celui-ci peut cependant disparaître; L. pense que l'état mental des malades peut être la cause de la perte du réflexe qui, en tant que réflexe conditionnel, nécessite pour sa manifestation une élaboration corticale.

Lucien Rouquès.

P. Piero. ***Observations cliniques sur le fonctionnement rénal et sur la signification de l'hématurie microscopique des hypertendus essentiels*** (*Rivista di clinica medica*, t. **36**, nos 19-20, 15-30 Octobre 1935, p. 709-751). — Chez 14 hypertendus essentiels, dont certains de longue date, P. a trouvé l'azotémie et l'indicanémie subnormales, ainsi que la réaction xanthoprotéique; la créatine, la créatinine et les bases guadiniques ont toujours été au-dessus de la normale, ce qui n'est pas l'indice certain d'un trouble du fonctionnement rénal; dans l'ensemble, les épreuves de dilution et de concentration ont montré un bon fonctionnement rénal, avec cependant dans 6 cas un léger défaut de concentration; la diurèse a été dans des limites presque physiologiques, mais avec des oscillations journalières parfois assez importantes et en rapport avec les variations de la pression: très souvent, à un abaissement tensionnel a correspondu une augmentation de la diurèse et à une élévation tensionnelle, une diminution de la diurèse; des traces minimes d'albumine ont été relevées dans 8 cas. Jamais on n'a mis en évidence de cylindres, mais parfois des globules rouges toujours peu nombreux et seulement par intermittences; ces hématies microscopiques n'ont pas été nécessairement observées chez les sujets ayant de l'albumine; chez les malades qui les ont présentées, l'épreuve de dilution a été normale et l'épreuve de concentration un peu déficiente, n'arrivant pas à 1.022. Les hématuries microscopiques sont l'indice d'une lésion rénale débutante, susceptible d'évoluer et par cela même font réserver davantage le pronostic. Lucien Rouquès.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE (Florence)

Carlo Trabattoni. ***Contribution à l'étude clinique du syndrome pyramidal (Les signes pyramidaux de la main, et les troubles du côté opposé à l'hémiplégie)*** [*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. **46**, fasc. 3, Novembre-Décembre 1935, p. 663-748]. — L'étude du syndrome pyramidal a été faite par T. à un double point de vue: 1° la valeur des petits signes pyramidaux de la main; 2° la recherche des troubles homolatéraux à la lésion. Cette étude a été pratiquée chez 57 malades avec hémiplégie ou hémiparésie dont 30 atteints du côté gauche et 27 du côté droit, qu'il s'agisse de sujets normaux avant, ou atteints d'affections neurologiques variées.

Les petits signes pyramidaux de la main, tous passés en revue avec soin, ont montré à T. que les réflexes cutanés ne pouvaient être comparés à ceux du pied en raison de leur absence fréquente et de leur extrême rareté.

Les réflexes de Léri, de Mayer, et accessoirement le réflexe de Léri inverti, peuvent indiquer, par leur absence ou leur asymétrie, un trouble de l'innervation motrice du membre supérieur.

Les signes de Klippel-Weil et de Wartenberg, exceptionnels, s'observent du côté paralysé.

Quelques-uns des réflexes carpo-métacarpiens se rencontrent au cours des lésions pyramidales, et sont associés aux modifications des réflexes tendineux.

Ces signes n'ont pas de valeur particulière au cours des diverses affections des centres nerveux.

T. discute longuement l'interprétation des signes homolatéraux dans l'hémiplégie, et passe en revue successivement l'hypothèse d'un trouble apraxique idéatoire, de la dyspraxie sympathique de Liepmann, de l'agnosie digitale de Gerstmann, de l'apraxie constructive de Schilder, de l'apraxie segmento-cinétique ou innervatoire de Kleist. T. passe en revue toutes les hypothèses avec leurs arguments favorables et défavorables. Il considère que les troubles homolatéraux dans l'hémiplégie constituent des troubles de la motilité élémentaire dus soit à l'existence d'un faisceau moteur pyramidal homolatéral, soit à l'existence de lésions centrales bilatérales. H. Schaeffer.

Roasenda et **Garetto.** ***Narcolepsie et catalepsie. Leur situation nosologique*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. **46**, fasc. 3, Novembre-Décembre 1935, p. 766-799). — La narcolepsie et la cataplexie, jadis considérées comme des affections autonomes, sont envisagées maintenant comme des syndromes symptomatiques d'états pathologiques divers. Toutefois, quelques neurologistes, parmi lesquels Redlich, soutiennent encore l'origine idiopathique de ces syndromes morbides. Faut-il considérer par exemple la narcolepsie familiale comme susceptible de rentrer dans ce cadre ? le fait est discutable.

R. et G. considèrent pour leur part que la narcolepsie et la cataplexie idiopathiques et essentielles n'existent pas. Ils rapportent 9 observations personnelles de ce syndrome, dont certains d'ailleurs associés à des manifestations pithiatiques, et dont tous présentaient des lésions osseuses à la radiographie. Et quand celles-ci ne peuvent être mises en évidence, les lésions hypophysaires, infundibulo-tubériennes ou de voisinage, les altérations circulatoires, les répercussions sur le système endocrino-sympathique, les séquelles des états infectieux et inflammatoires, doivent par des recherches diligentes et bien orientées toujours pouvoir être retrouvées.

L'interprétation de ces phénomènes de narcolepsie et de cataplexie doit être envisagée comme la conséquence d'un état d'inhibition des centres nerveux s'étendant du cortex cérébral à la moelle. Cette hypothèse cadre d'ailleurs assez bien avec la théorie des réflexes conditionnels de Pavlov, appliquée au système nerveux.

H. Schaeffer.

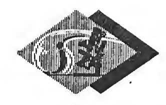
Franconi. ***Sur la question de la démence précoce se présentant chez des sujets déjà psychiquement diminués*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. **47**, fasc. 1, Janvier-Février 1936, p. 37-125). — C'est un fait indiscutable que certains cas de démence précoce s'installent chez des sujets présentant un arrêt de développement intellectuel du type de l'imbécillité ou de l'idiotie, et que d'autre part il existe moins fréquemment des crétins qui deviennent déments précoces. Ce qu'il est impossible de dire, c'est le pourcentage des arriérés qui font ultérieurement de la démence précoce. Existe-t-il des analogies et des différences entre

AMPHOMUTH
RONCHÈSE

Bismuth Métallique Colloïdal
de forte concentration
en extrême dispersion
huileuse amicroscopique

Og. 04 BI MÉTAL par c. c.
ASSIMILATION FACILE
TOXICITÉ FAIBLE
ABSENCE DE DOULEUR

Grande activité



LABORATOIRES RONCHÈSE DE THÉRAPEUTIQUE
21, Boulevard de Riquier, NICE

les démences précoces survenues chez des déficients psychiques et chez les sujets non tarés intellectuellement ?

Les analogies sont nombreuses et les mêmes symptômes cliniques se retrouvent dans les deux cas. La différence consiste surtout dans la forme sous laquelle se présentent ceux-ci.

Les défauts antérieurs s'exagèrent : tendance à la solitude, au vagabondage, aux idées de persécution, etc...

Le délire de ces malades est pauvre, peu coloré, plutôt fat. Ces malades sont influençables, et reconnaissent leurs troubles du sens critique.

Les hallucinations sont surtout auditives. Elles peuvent être formées de représentations élémentaires ou, au contraire, complexes, et peuvent déclancher des réactions violentes dangereuses pour les malades eux-mêmes et leur entourage.

La désagrégation de la personnalité semble moins marquée chez ces malades que chez les déments précoces antérieurement sains d'esprits, sans doute parce que le frénasthénique et surtout le cérébroplégique possédaient antérieurement une personnalité moins complexe et moins accusée que les sujets sains.

Quant à la nature du lien qui peut exister entre le déficit intellectuel antérieur et le développement de la démence précoce, il nous échappe complètement.

T. pense qu'il existe peut-être un rapport entre le type du déficit mental antérieur et la forme de démence précoce. L'imbécillité serait plutôt suivie de forme hébéphréno-catatonique, et l'idiotie de forme catatonique. En fin de compte, T. estime qu'il y a plutôt lieu de penser à l'existence d'un rapport entre le déficit intellectuel et la démence précoce, qu'à une coïncidence fortuite.

H. Schaeffer.

Pero. ***Maladie de Cushing et maladie de Recklinghausen*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. **47**, fasc. 1, Janvier-Février 1936, p. 183-203). — La maladie de Cushing, telle que l'a décrite l'auteur, n'est pas toujours typique et présente des formes dont la symptomatologie est incomplète. On peut en distinguer deux types principaux : l'un où prédomine l'empreinte surrénalienne sans ostéoporose ; l'autre avec empreinte hyperparathyroïdienne sans hypertension. Entre ces deux types existent sans doute des formes de passage.

P. rapporte le cas d'un malade présentant certains caractères de la maladie de Cushing : la distribution régionale particulière de l'adipose, l'hypoménorrhée, la frigidité, la polyglobulie, les stries atrophiques rosées, l'acrocyanose, l'ostéoporose. Ce malade présentait également certains caractères appartenant à la maladie de Recklinghausen : l'ostéoporose, l'hypercalcémie avec hypophosphatémie et hypercalciurie, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Ce cas peut être considéré comme dépendant d'un hyperpituitarisme partiel avec symptomatologie surrénalienne.

P., à propos de ce cas et des cas analogues, expose ses propres doutes sur les rapports pathogéniques existant entre le basophilisme hypophysaire et la maladie de Cushing. Dans de tels cas, la radiothérapie hypophysaire ou l'hypophysectomie sont indiquées. Dans les cas où l'hypertension et l'ostéoporose sont surtout menaçantes, des interventions sur les surrénales ou les parathyroïdes deviendraient logiques.

H. Schaeffer.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

M. Roch, E. Martin et **F. Sciclounoff** (Genève). ***Les rapports entre la glycémie et la glycosurie*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **88**, n° 1, 28 Février 1936, p. 1-39). — Dans cet important travail, R., M. et S. exposent d'abord les bases physiologiques de la fonction rénale ; ils adoptent la théorie de la filtration-résorption. Ils examinent ensuite comment cette théorie s'applique à l'élimination du glycose par le rein. Puis ils définissent le seuil rénal pour le glycose et étudient ses modifications sous l'influence de facteurs physiologiques et pathologiques.

Etant donné la divergence des résultats des auteurs qui ont étudié les modifications du seuil, ils ont exploré la perméabilité rénale au glycose en provoquant à plusieurs reprises chez le même sujet une même hyperglycémie, tout en dosant le sucre éliminé par les urines au cours de l'expérience. La courbe de la glycémie demeurant la même, et la glycosurie augmentant ou diminuant sous l'influence du facteur à étudier, on peut ainsi apprécier les modifications de la perméabilité rénale. Ils injectent dans la veine 200 cmc d'une solution de glycose à 20 pour 100, à raison de CXX gouttes à la minute, dosent la glycémie toutes les 10 minutes et recueillent à la sonde la portion d'urine correspondante où l'on recherche et dose le glycose.

Etudiant d'abord le comportement du rein chez les sujets normaux, ils ont constaté la stabilité des seuils d'apparition et de disparition du glycose chez le même sujet lorsque les conditions d'expérience sont les mêmes, et la diversité de la perméabilité rénale d'un sujet à un autre. Il semble que cette perméabilité soit déterminée par un élément constitutionnel, modifiable par de multiples facteurs occasionnels. Chez le même sujet, les seuils se montrent très mobiles, et particulièrement le seuil de disparition, quand on modifie les conditions de l'expérience. L'introduction plus rapide de la solution sucrée élève apparemment le seuil d'apparition, mais augmente en même temps la perméabilité rénale. A vitesse d'injection égale, une solution d'une concentration double produit une glycosurie 4 à 5 fois plus élevée. Plus l'hyperglycémie est élevée, et plus longtemps elle demeure élevée, plus le seuil de disparition pour le glycose sera abaissé et plus la durée de la période de glycosurie sera longue. Cette influence de la durée de l'hyperglycémie doit être soulignée : elle pourrait expliquer l'abaissement du seuil rénal au cours des glycosuries permanentes, chez les diabétiques en particulier.

Chez les brightiques azotémiques le seuil rénal est élevé et fixe. Cette élévation semble attribuable à une diminution de la filtration glomérulaire, et cette fixité indique un état grave d'insuffisance rénale.

Un diurétique physiologique tel que l'urée, administré en même temps que la solution sucrée, augmente le volume urinaire et diminue la quantité de sucre éliminé. L'ingestion d'une certaine quantité d'eau produit le même effet.

Sous l'influence d'une surcharge de chlorure de sodium, la diurèse, au contraire, baisse et la quantité de glycose éliminé diminue.

Le Salyrgan, diurétique mercuriel, produit, en même temps qu'une diurèse aqueuse et saline importante, une élévation du seuil rénal. Il n'est pas possible de dire si cet effet sur le seuil est dû directement à l'action du sel mercuriel ou s'il est secondaire à l'élimination massive du chlorure de sodium et de l'eau, élimination qui, à elle seule, pourrait expliquer une diminution de la perméabilité du rein au glycose. Le Salyrgan étant réputé avoir une action empêchante sur la résorption tubulaire, on comprend la pathogénie de la diurèse aqueuse et chlorurée, mais il est surprenant que le sucre urinaire n'augmente pas parallèlement.

Le régime a une action sur la perméabilité rénale. On sait qu'un régime pauvre en sucre et riche en graisse diminue la tolérance aux hydrates de carbone. Les recherches de R., M. et S. confirment l'effet de ce régime sur le comportement rénal à l'égard du glycose ; de plus, elles établissent qu'il agit tout d'abord sur la perméabilité rénale, avant d'agir sur le système glyco-régulateur sanguin.

P.-L. Marie.

N. I. Nissen. ***Caractères comparés de la poliomyélite épidémique et de la poliomyélite endémique au Danemark*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **88**, n° 1, 28 Février 1936, p. 72-96). — N. met en parallèle les caractères de la poliomyélite endémique observée à Copenhague en 1934 (132 cas) et ceux relevés dans diverses épidémies danoises contemporaines.

Dans l'endémie de Copenhague on n'a pu mettre en lumière de progression chronologique dans l'extension de la maladie d'une partie à l'autre de la ville alors qu'on a pu le faire lors des épidémies observées. A l'inverse également de ce qui se passe dans les épidémies, les cas familiaux furent rares.

On constata une forte proportion de cas parmi les écoliers assez âgés et les adultes ; ce décalage de la morbidité va en s'accentuant depuis vingt-cinq ans au Danemark et est encore plus prononcé dans les districts ruraux qu'à la ville, sans que l'on puisse bien en saisir la raison.

Le sexe masculin fut plus atteint, mais la proportion des paralysies fut plus forte dans le sexe féminin.

Certains symptômes s'observèrent plus fréquemment à la phase préparalytique chez les sujets qui furent ultérieurement atteints de paralysies. Ce furent la somnolence, l'agitation, le frissonnement, le tremblement, les sueurs, l'endolorissement des muscles et l'allure diphasique du début (poussée initiale de température suivie d'une période de latence des symptômes précédant l'apparition des signes méningés). Par ailleurs, le taux des cellules dans le liquide céphalo-rachidien n'eut pas de signification pronostique spéciale, à l'inverse de ce que l'on constate dans la forme épidémique.

Dans la plupart des cas, la paralysie apparut le 2e ou le 3e jour. La proportion de paralysies fut bien plus grande dans l'endémie de Copenhague que dans les épidémies de province. Les nourrissons et les jeunes enfants furent les plus frappés. On ne trouve pas là de différences avec ce qui se passe dans les épidémies. La mortalité fut minime chez les nourrissons, augmentant avec l'âge des malades. Le degré des paralysies fut moins accusé et leur pronostic moins sévère chez les jeunes sujets et chez les jeunes écoliers que chez les écoliers plus âgés.

P.-L. Marie.

Per Hanssen. ***Traitement de l'obésité par un régime relativement pauvre en hydrates de carbone*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **88**, n° 1, 28 Février 1936, p. 97-106). — Selon Hagedorn l'obésité résulte d'une transformation exagérée des hydrates de carbone en graisse, due à une anomalie quantitative du métabolisme.

Partant de cette conception, P. a traité à l'hôpital Steno de Copenhague 21 obèses exclusivement au moyen d'un régime contenant 71 gr. de protéines, 117 gr. de graisses et 112 gr. d'hydrates de carbone, fournissant 1.850 calories (en pratique 650 gr. de légumes verts, 100 gr. de fruits, 100 gr. de viande ou 125 gr. de poisson, 100 gr. de pain, 65 gr. de crème, 65 gr. de beurre, 35 gr. de fromage, 2 œufs et 25 gr. d'huile d'olives, sans sucre ni farine pour la préparation des mets).

La baisse de poids a été de 870 gr. par semaine.

P. compare les résultats donnés par ce traitement avec ceux obtenus dans d'autres hôpitaux avec des régimes plus sévères. Ils sont tout aussi bons et rapides.

Un nouvel examen des sujets traités, fait de 4 à 20 mois après la sortie de l'hôpital, a donné des résultats satisfaisants.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

L. Caillon. ***La thérapeutique des maladies d'intolérance*** (*Gazette des Hôpitaux*, An. **109**, n° 27, 1er Avril 1936, p. 469-476). — Après avoir défini le terme « intolérance » et énuméré les réactogènes les plus connus, C. passe en revue les différentes affections reconnues comme syndromes d'intolérance. Il décrit ensuite dans le détail les méthodes en usage pour leur traitement. Sa pratique personnelle le conduit à conclure que seule une thérapeutique polyvalente donne des résultats constants. Il préconise surtout l'autohémothérapie à laquelle il joint une médication interne, associant à l'hyposulfite de magnésium l'extrait de foie de veau frais.

A. R.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Cardis et **Conte.** ***La chrysocyanose*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. **7**, n° 3, Mars 1936, p. 229-245). — C. et C. ont observé chez les tuberculeux traités par l'or aux sanatoria de Leysin 34 cas de pigmentation cutanée.

L'âge importe peu, mais les femmes sont plus souvent atteintes, surtout les blondes. La nature du sel employé ne paraît pas avoir d'influence sur la pigmentation. Plus importante est la dose totale de sel d'or injecté par rapport au poids du malade. Avec une dose supérieure à 15 gr. de crisalbine, la pigmentation est fréquente. On l'a observée avec des doses plus élevées (43 gr.), mais aussi avec doses plus faibles (2 à 3 gr.).

Le début est ordinairement insidieux et progressif; il se fait par le pourtour des yeux; ceux-ci sont « cernés »; c'est la paupière inférieure qui est touchée la première, puis le front, les ailes du nez, les sillons naso-géniens. Souvent la pigmentation s'accentue et marque le visage d'un véritable « loup »; elle peut gagner le cou. D'une façon générale, la pigmentation a une topographie d'ensoleillement à prédominance faciale.

La teinte de la pigmentation est gris cendré, mauve lilas, pelure de pruneau, parfois bleue sur les peaux claires.

L'évolution se fait vers un état stationnaire ou une aggravation progressive. La régression est rare. Dans la règle, la pigmentation s'accentue, même si l'on cesse l'aurothérapie.

A part le point de vue esthétique, cette pigmentation n'entraîne ni prurit, ni sensation anormale.

Elle se distingue de la pigmentation argyrique, plus grise et moins mauve, et des cyanoses circulatoires, plus violacées.

Dans la peau pigmentée, on trouve des granulations auriques, petites, rondes ou ovalaires, noires, dans le derme, l'endothélium des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et même dans les cellules conjonctives. On trouve également des granulations auriques, à l'autopsie, dans la rate, les surrénales, le rein, les viscères étant dans les cas intenses « farcis d'or ».

La thérapeutique de cette pigmentation nous est inconnue. Si le traitement aurique semble donner de bons résultats chez un tuberculeux, il vaut mieux continuer l'or, l'inconvénient esthétique étant peu de chose en face de la gravité de la tuberculose. On évitera de faire de fortes doses d'or chez les blondes qui paraissent particulièrement sensibles à la pigmentation.

R. Burnier.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

Cibils Aguirre et **R. Arena** (Buenos-Aires). ***Etiologie tuberculeuse de l'érythème noueux. Démonstration bactériologique*** (*Archives de médecine des enfants*, t. **39**, n° 3, Mars 1936, p. 137-148). — Depuis 1921, Cibils Aguirre soutient que tout érythème noueux peut et doit être considéré comme d'origine tuberculeuse. Son opinion, basée d'abord sur les constatations cliniques, s'est appuyée ultérieurement sur des constatations bactériologiques.

Dans le présent article, C. A et A. exposent que sur 8 cas d'érythème noueux qu'ils ont étudiés spécialement, ils ont pu 5 fois déceler la présence du « *mycobacterium tuberculosis* » dans un nodule. Cette découverte a pu être réalisée dans l'un des cas au moyen de la culture directe du nodule et dans un autre cas à la suite de l'inoculation intraganglionnaire d'un cobaye. Dans les cinq cas positifs le bacille a pu être décelé par des réinoculations successives et par des cultures. Dans un des cas le bacille de Koch a été trouvé sur les coupes mêmes du nodule.

Pour le premier cas négatif, l'inoculation fut effectuée avec un matériel recueilli par une biopsie pratiquée seulement quinze jours après le début de la maladie. Pour le deuxième cas négatif, la seconde inoculation fut effectuée avec le matériel provenant d'un cobaye inoculé six mois auparavant. Pour le troisième cas négatif, enfin, l'investigation fut abandonnée à la suite de l'infection secondaire des animaux soumis à l'expérimentation.

C. A. et A. admettent que le résultat de leurs recherches est démonstratif et qu'ils ont fourni la preuve bactériologique de l'étiologie tuberculeuse de l'érythème noueux.

G. Schreiber.

REVUE D'IMMUNOLOGIE

A. Boquet. ***Allergie et immunité dans la tuberculose*** (*Revue d'Immunologie*, t. **2**, n° 2, Mars 1936, p. 150-164). — L'allergie augmente parallèlement à l'infection, et il est possible de suivre cette progression de l'hypersensibilité en mesurant à intervalles réguliers la dose minimum de tuberculine capable de déterminer une papule nette. Cependant, elle décroît au cours de certaines maladies, les fièvres éruptives en particulier. La peau exposée aux rayons ultra-violets perd sa sensibilité, et d'ailleurs il est possible de désensibiliser les animaux par un traitement intensif à la tuberculine. Ces modifications ne paraissent pas agir sur l'évolution de la tuberculose. L'allergie semble bien pourtant jouer un rôle important dans les formes inflammatoires: spléno-pneumonies, pleurésies, méningite, etc., qui relèvent moins des effets pathogènes directs du bacille tuberculeux. Un animal tuberculeux, qui reçoit après un délai suffisant une injection d'épreuve, élimine ces bacilles, phénomène qui porte le nom de Koch. C'est au niveau de la peau qu'il revêt sa forme la plus caractéristique. Les autres tissus de l'organisme peuvent se comporter de façon identique, mais aussi ne réagir qu'avec beaucoup moins de force. C'est ainsi que les méninges ne participent que d'une façon très médiocre aux processus d'immunité. Ces variations suivant les organes, montrent que les réactions protectrices ne causent pas la destruction immédiate des bacilles. Les humeurs ne jouissent d'aucune propriété bactéricide, aussi est-ce au niveau des tissus que nous devons chercher les éléments qui interviennent dans l'immunité tuberculeuse. Si l'on peut admettre que les réactions allergiques, en intensifiant l'afflux des leucocytes et l'organisation du tissu de granulation, entravent la dissémination des germes, il n'en reste pas moins que la véritable expression de l'immunité antituberculeuse consiste dans la destruction des bacilles d'épreuve, destruction qui relève de processus lytiques accomplis par les cellules phagocytaires.

J. Bretey.

V. De Lavergne et **P. Kissel.** ***Cholestérol et immunité*** (*Revue d'Immunologie*, t. **2**, n° 2, Mars 1936, p. 165-189). — Il est illusoire de vouloir apprécier la déficience du cholestérol dans les cellules par les résultats de son dosage dans le sang. Comme c'est au niveau des cellules que ce corps a une action vitale, et que c'est sur des dosages dans le sang que l'on s'est surtout appuyé pour lui faire jouer un rôle important dans l'immunité, ces théories ne paraissent pas établies d'une façon définitive. D'ailleurs, rien ne démontre que le cholestérol ait une action soit antiseptique sur les microbes, soit favorisante sur la phagocytose ou sur la production des anticorps, et sa présence dans les foyers d'inflammation locale s'explique par des phénomènes de lyse cellulaire. Il semble de plus en plus que les propriétés nouvelles, qui apparaissent dans le sang ou les humeurs à la suite des infections, correspondent, plutôt qu'à des substances néoformées, à des modifications subies par les antigènes eux-mêmes, au contact des constituants normaux de l'organisme. S'il en est bien ainsi, il est possible que le cholestérol ait une action soit comme lipide réglant les échanges cellulaires, soit comme colloïde intervenant vraisemblablement dans les phénomènes de précipitation, de lyse et de choc. Mais si un jour le cholestérol est appelé à jouer un rôle important dans l'explication de l'immunité, ce sera pour des raisons toutes différentes de celles que l'on invoque aujourd'hui.

J. Bretey.

P. Nélis et **F. van den Branden.** ***La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine exerce-t-elle une influence quelconque sur la santé du sujet vacciné?*** (*Revue d'Immunologie*, t. **2**, n° 2, Mars 1936, p. 190-208). — A la suite d'une épidémie grave de rougeole survenue dans une colonie d'enfants peu après une vaccination antidiphtérique, N et B. ont procédé à une enquête pour déterminer s'il peut exister des rapports entre la vaccination et les épidémies de maladies infectieuses. Dès 1933, une première étude avait montré que la vaccination n'exerce aucune influence néfaste sur le développement ni sur la santé des enfants. Les courbes de poids ont été suivies chez 1.294 enfants dont la moitié environ avaient été vaccinés. Ces courbes, relevées dans 4 colonies séparément, sont absolument identiques pour les deux groupes d'enfants. L'enquête sur l'épidémie de rougeole, point de départ de cette nouvelle étude, a été complétée par l'étude des statistiques des maladies infectieuses survenues pendant ces trois dernières années dans cette colonie et dans d'autres


ENTÉRITES, DIARRHÉES, CONSTIPATIONS, DERMATOSES,
AUTO-INTOXICATIONS +
OZÈNES
BULGARINE THÉPÉNIER
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL DE BACILLES BULGARES
1° BOUILLON
4 Verres à Madère par jour
2° COMPRIMÉS
6 à 8 Comprimés par jour avant les repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8e

de même ordre. Il n'a pas été possible de relever des différences entre les pourcentages de rougeoles chez les enfants vaccinés ou non. Pour les épidémies de scarlatine, il existe une certaine différence, mais qui s'explique tout naturellement : si les enfants réceptifs à la diphtérie, donc vaccinés, sont réceptifs à la scarlatine dans la proportion de 59 pour 100, les autres ne le sont que dans celle de 37 pour 100, différences qui tiennent surtout à l'âge des enfants. En outre, un questionnaire adressé aux médecins de 18 colonies confirme que la vaccination est inoffensive et absolument incapable de déterminer une sensibilité quelconque de l'organisme vacciné vis-à-vis des maladies intercurrentes.

J. Bretey.

LE SANG
(Paris)

Lereboullet et **Baize**. ***La leucémie aiguë chez l'enfant*** (*Le Sang*, t. **10**, n° 3. 1936, p. 279-314). — Mémoire très complet avec bibliographie, où L. et B. étudient la leucémie aiguë de l'enfant sous tous ses aspects. Loin d'être exceptionnelle, et même en tenant compte que tous les cas infantiles sont publiés, tandis que beaucoup de leucémies aiguës d'adultes ne le sont pas, la leucémie aiguë de l'enfant paraît aussi fréquente sinon plus. Elle semble frapper surtout les sujets en raison inverse de l'âge, les plus touchés étant ceux d'âge le moins avancé. Elle est souvent monosymptomatique, et se signale par son début et son aspect évolutif de maladie infectieuse aiguë, parfois précédée d'une période plus ou moins longue d'incubation, véritable stade préleucémique. L'état général est très atteint, les hémorragies, de règle, l'hyperplasie des organes hématopoïétiques est le symptôme le plus constant et le plus frappant avec énorme hypertrophie splénique et forte hépatomégalie. Par contre, les manifestations bucco-pharyngées manquent dans la moitié des cas. On peut décrire toute une grande variété de formes cliniques suivant les symptômes prédominants : forme anémique, hépato - splénomégalique, hémorragique, forme avec nodosités cutanées et osseuses, voisines du chlorome.

L'évolution est rapide, 1 à 2 mois au plus, parfois beaucoup moins. Elle est toujours fatale. Le diagnostic clinique est souvent délicat et il faut savoir penser à cette affection. L'examen hématologique donne une certitude en montrant l'anémie et la leucémie avec présence d'une grand nombre de cellules souches. Ces éléments représentent au moins 50 pour 100 des globules blancs, parfois jusqu'à 93 et 98 pour 100. Il existe en outre un syndrome hémogénique.

Il semble bien qu'il s'agisse d'une infection à microbe spécifique ou banal, mais touchant électivement les éléments du sang.

Le traitement est décevant. Seule la radiothérapie de la rate et des os longs pourrait au début entraver la marche de l'affection, mais elle est considérée comme néfaste par beaucoup d'auteurs à une période plus avancée. Les injections sous-cutanées de moelle osseuse et les transfusion de sang maternel ou les injections sous-cutanées de sang frais peuvent seulement prolonger les malades.

Les médications anti-leucémiques, anti-anémiques ou anti-infectieuses sont sans action.

A. Escalier.

LYON MÉDICAL

F. Arloing, **A. Morel**, **A. Josserand** et **R. Chevallier**. ***Action désinfiltrante des injections intra-veineuses de ferriscorbones sur 6 cas de cancer gastrique, sous contrôle du gastroscope*** (*Lyon Médical*, t. **157**, n° 12, 22 Mars 1936, p. 333-338). — Chez 6 sujets entre 55 et 75 ans, chez lesquels la gastroscopie avait permis de constater une infiltration néoplasique plus ou moins marquée, dans un cas à type de linite, dans d'autres à forme végétante, des injections intra-veineuses d'un complexe dans lequel sont associés, à l'acide déhydroxyascorbique, le fer, le calcium, le plomb et le baryum, ont amené une « désinfiltration » des tissus. Les examens gastroscopiques, après traitement, montrent en général la disparition des lésions inflammatoires péricancéreuses et souvent une fonte sensible des masses bourgeonnantes.

Il faut attendre pour savoir si les améliorations fonctionnelles et générales qui se produisent parallèlement à ces « désinfiltrations » se maintiendront et combien de temps.

On peut espérer exercer une action encore plus intense en perfectionnant cette chimiothérapie des cancers gastriques.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

J. B. Youmans, **M. B. Corlette**, **J. H. Akeroyd** et **H. Frank**. ***Recherches sur l'excrétion de la vitamine C et sur la saturation*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **191**, n° 3, Mars 1936, p. 319-334). — Harris et Ray, en utilisant la méthode de dosage de Tillman, ont montré que les sujets normaux éliminent par l'urine des quantités notables et relativement constantes (30 milligr. par jour) de vitamine C. L'ingestion d'une grosse dose de cette vitamine augmente l'excrétion urinaire. On pouvait penser que cette élimination dépendait à la fois de l'ingestion immédiate de vitamine et de l'état de « saturation » antérieur de l'organisme. Chez des enfants atteints de scorbut ou de rachitisme latent ils ont trouvé une élimination très faible (0 milligr. 5) qui n'est pas sensiblement augmentée par l'ingestion de fortes doses d'épreuve de vitamine C, tandis qu'après la guérison ces doses produisent une ascension brusque de la courbe d'élimination. Cette méthode pourrait donc avoir un intérêt clinique pour déceler le rachitisme latent et certaines carences alimentaires.

Y., C., A. et F. se sont proposé d'étudier l'excrétion quotidienne et le degré de saturation en vitamine C de sujets de la classe moyenne dont le régime alimentaire paraissait manquer de vitamine C.

Ils ont vu que chez 12 de ces sujets sur 15 l'excrétion de vitamine C était inférieure à 20 milligr. par jour tandis que chez 16 personnes dont l'alimentation semblait convenable, 8 éliminaient également moins de 20 milligr. Une enquête faite chez ces 8 sujets révéla une ingestion restreinte de vitamine C.

Parmi ces 31 sujets, 21 n'excrétaient qu'une très faible fraction de la dose d'épreuve de vitamine C administrée dans les 24 heures suivantes, ce qui indiquait une rétention importante dans l'organisme et un faible emmagasinement antérieur. En général, ces épreuves de saturation correspondaient aux déterminations de l'élimination quotidienne et à l'ingestion probable de vitamine.

Chez 4 sujets normaux, on constata qu'à la suite de l'épreuve de saturation, l'élimination urinaire tombait rapidement à un taux inférieur quand le sujet était soumis à un régime privé de vitamine C. Avec le régime habituel du sujet, la chute était presque aussi rapide et accentuée. Chez les sujets soumis à leur régime habituel ou à un régime dépourvu de vitamine C, l'état de saturation était bientôt perdu quand on cessait l'administration de vitamine C ; les épreuves de « restauration », faites à 2 ou 3 jours d'intervalle, montraient une rétention de 25 pour 10 de la dose d'épreuve ingérée.

L'administration de doses petites, mais variées de vitamine C (25 à 100 milligr.) chez les sujets « non saturés », n'eut que peu d'effet sur l'élimination quotidienne.

Chez les sujets soumis à un régime dépourvu de vitamine C, la quantité de vitamine excrétée par l'urine dans la période consécutive à la saturation préalable est d'ordinaire bien moindre que la quantité exigée pour arriver à la « resaturation ». Il y a donc destruction de vitamine C dans l'organisme ou bien élimination par d'autres voies.

Y., C., A. et F. estiment qu'une excrétion urinaire quotidienne de vitamine C de 20 milligr. et une élimination de 30 pour 100 de la dose d'épreuve (600 milligr. environ pour les adultes) sont respectivement les taux-limites inférieurs de l'excrétion et de la saturation.

P.-L. Marie.

S. C. Feinberg. ***Traitement de l'artériosclérose coronarienne par les injections intraveineuses de solution saline hypertonique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **191**, n° 3, Mars 1936, p. 410-415). — Encouragé par les succès obtenus par Silbert dans la thrombo-angéite oblitérante au moyen des injections intraveineuses de solution saline hypertonique, F. a traité 6 malades atteints d'angine de poitrine grave due à une coronarite qui les rendait infirmes et avait résisté au repos et à la thérapeutique habituelle. Cette méthode vise à développer la circulation collatérale dans le myocarde. Elle consiste à injecter 3 fois par semaine 250 cmc de solution chlorurée à 5 pour 100, en commençant par 100 cmc et en augmentant progressivement de 50 cmc à chaque injection.

Une amélioration frappante et continue se manifesta chez tous ces malades qui purent marcher bien plus longtemps sans douleur ni oppression précordiale et reprendre une vie plus active.

F. s'est abstenu de ce traitement au cas de néphrite chronique, de décompensation cardiaque, d'hypertension dépassant 18 et d'arythmie cardiaque, exception faite des arythmies extrasystoliques.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

T. F. McN. Scott et **T. M. Rivers**. ***Méningite causée chez l'homme par un virus filtrant*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **63**, n° 3, Mars 1936, p. 397-415). — S. et R. relatent 2 cas de méningite aiguë lymphocytaire curable, survenue chez des sujets fréquentant les laboratoires de l'Institut Rockefeller et due à un virus filtrant.

Après un début d'allure grippale se montra une céphalée intense, bientôt suivie de signes méningés. Le liquide céphalo-rachidien, légèrement opalescent, renfermait de nombreux lymphocytes ; ni les colorations ni les cultures n'y décelèrent de micro-organismes. Amélioration marquée à la suite des ponctions lombaires ; chute de la température en quelques jours ; finalement, guérison complète. Le liquide céphalo-rachidien, inoculé par voie cérébrale ou intrapéritonéale à 5 souris, détermina chez toutes, 6 ou 9 jours après, une affection fébrile, parfois mortelle. Les frottis et les cultures du cerveau et des organes ne montrèrent pas de micro-organismes, mais l'inoculation de la pulpe cérébrale reproduisit chez les souris la même maladie 7 jours après l'inoculation. Les passages furent continués sur de nombreuses séries de souris. Par contre, l'inoculation du sang des malades aux souris resta négative et par la suite elles se montrèrent réceptives au virus. Le lapin se montre insensible à ce virus.

On pouvait conclure de ces recherches à l'existence d'un virus transmissible chez la souris dans le liquide céphalo-rachidien de ces deux malades, tandis que le sang des malades ne le renfermait

pas en quantité démontrable. Mais on pouvait se demander si le virus était bien renfermé dans le liquide céphalo-rachidien et s'il ne s'agissait pas d'un virus spontané en sommeil chez les souris et réveillé par les inoculations. De nombreuses expériences montrèrent que, pendant les 9 mois que durèrent les recherches, on ne rencontra jamais de maladie spontanée causée par le virus en question ni d'immunité à l'égard de ce dernier parmi les souris de l'élevage.

L'immunité solide trouvée chez les souris guéries à la suite de l'inoculation du liquide céphalo-rachidien atteste encore l'existence du virus dans ce liquide.

Les recherches d'immunité croisée prouvèrent également que les deux souches de virus étaient de nature identique.

S. et R. ont démontré ensuite, grâce à des expériences de neutralisation, que le virus trouvé dans le liquide céphalo-rachidien était étiologiquement responsable de la maladie des patients; le pouvoir neutralisant faisait défaut, en effet, dans les échantillons de sérum prélevé au début de la maladie alors qu'il existait lors de la convalescence.

P.-L. Marie.

T. M. Rivers et **T. F. Mc N. Scott.** ***Méningite causée chez l'homme par un virus filtrant. Identification de l'agent pathogène*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **63**, n° 3, Mars 1936, p. 415-423). — Dans ce travail, R. et S. relatent des expériences qui établissent la nature de l'agent pathogène trouvé dans le liquide céphalo-rachidien, qui a tous les caractères d'un virus, indiquent le degré de sensibilité des animaux de laboratoire vis-à-vis de lui, décrivent le tableau clinique et les lésions qu'ils présentent et comparent enfin ce virus à d'autres virus connus qui atteignent spontanément le système nerveux.

Ce virus passe à travers les bougies Berkefeld V, N et W, les filtres de Seitz et les membranes de collodion à pores de 210 µ. Il n'a pas été possible de le cultiver. Il conserve son activité dans la glycérine.

La souris, le cobaye et le singe sont sensibles au virus, mais non le lapin. Les symptômes varient un peu selon l'espèce animale, mais les lésions sont semblables, prédominant au niveau des méninges, des plexus choroïdes et des poumons.

La comparaison entre les réactions déterminées par ce virus chez les animaux et celles que produisent le virus de Traub, isolé de la souris et celui de la chorio-méningite d'Armstrong et Lillie provenant d'un cas d'encéphalite du type dit de Saint-Louis, ainsi que les résultats de la neutralisation croisée et les expériences de réinoculation croisée, indiquent clairement que ces trois virus sont étroitement apparentés, sinon identiques.

Quelle est l'importance de ce virus en pathologie humaine ? La souris ne serait-elle pas un réservoir pour ce virus ? R. et S. discutent ces points. En tout cas, il y a lieu de rechercher cet agent dans les cas de « méningite aiguë aseptique », en particulier lorsqu'ils ont une allure épidémique (Wallgren).

P.-L. Marie.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

Stephen Montgomery. ***Un cas de maladie de Dercum et son traitement par la radiothérapie profonde*** (*The British medical Journal*, n° 3920, 22 Février 1936, p. 257-358). — M. rapporte l'observation d'une femme de 50 ans pesant plus de 120 kilogr. avec une obésité surtout marquée à la ceinture et se plaignant de douleurs atroces et continues dans les membres inférieurs.

Les injections d'hypophyse, l'administration d'extrait thyroïde diminuèrent l'obésité, mais ne calmèrent pas les douleurs. Etant donné l'action parfois heureuse des rayons X dans le syndrome de Babinski-Froelich, dans l'acromégalie, dans le syndrome de Cushing, M. appliqua ce traitement. La malade reçut quatre applications de 140 r.

Dès la seconde application, les douleurs disparurent sans que l'obésité soit influencée et cette amélioration persiste encore 8 mois après le traitement.

André Plichet.

N. F. Winder et **C. H. Manley.** ***Empoisonnement par la belladone à la suite d'ingestion d'extrait de foie*** (*The British medical Journal*, n° 3921, 29 Février 1936, p. 413-414). — Une femme âgée de 46 ans atteinte d'anémie pernicieuse et prenant de l'extrait de foie liquide présenta des symptômes d'empoisonnement par la belladone. Traitée par administration de morphine, de strychnine, de café chaud, elle guérit et le liquide du flacon analysé révéla contenir les alcaloïdes de la belladone. Deux possibilités se présentent à l'esprit : ou le liquide a été contaminé par le flacon ayant contenu auparavant une préparation d'atropine ou de belladone ou l'animal duquel provenait le foie avait mangé des feuilles et des fruits de belladone comme peuvent le faire certains animaux impunément.

Pour que semblable fait ne se reproduise pas, il serait nécessaire d'analyser chaque série d'extrait hépatique au point de vue des alcaloïdes de la belladone avant de les livrer au commerce.

André Plichet.

Wilfred Harris. ***La névralgie ciliaire ou névralgie migraineuse et son traitement*** (*The British medical Journal*, n° 3922, 7 Mars 1936, p. 457-460). — La névralgie migraineuse est une forme de migraine dans laquelle la douleur est située en avant dans les tempes, les yeux, les joues et les mâchoires. Elle est généralement unilatérale quoique cependant elle puisse passer au côté opposé à la fin d'une crise. Un autre point de ressemblance avec la migraine ordinaire est la présence assez fréquente de nausées. Il n'y a jamais de phénomènes d'hémianopsie, d'aphasie et de monoplégie. Cette différence dans les symptômes peut être due au spasme vasomoteur affectant la méningée moyenne au lieu de l'artère cérébrale postérieure dans la migraine. La douleur, dans la névralgie migraineuse, suit les branches de l'artère méningée moyenne.

Cette pathogénie explique le bon effet généralement produit dans beaucoup de cas de névralgie migraineuse par l'injection d'alcool dans les nerfs sus-orbitaires ou sous-orbitaires ou par l'injection dans les 2/3 inférieurs du ganglion de Gasser, ce qui produit un soulagement plus durable. Dans beaucoup de cas, les paroxysmes peuvent être de très courte durée, de 10 à 15 minutes. Quelquefois, 4 à 6 crises se produisent dans les 24 heures. Ce sont de si brèves crises qui peuvent amener la confusion avec la névralgie du trijumeau.

Dans certains cas de névralgie ciliaire, la douleur est spécialement localisée dans les yeux et autour des yeux qui sont congestionnés, ce sont de véritables crises de migraine oculaire.

André Plichet.

H. Carter et **H. Osborn.** ***Les dermatites des nouveau-nés*** (*The British medical Journal*, n° 3922, 7 Mars 1936, p. 465-469). — Le pemphigus des nouveau-nés est une dermatite sous-épithéliale contagieuse avec une courte période d'incubation de 1 à 2 jours. La lésion est située sous l'épiderme et tend à s'étaler de façon centrifuge à moins qu'une antisepsie efficace ne soit appliquée en contact immédiat avec la peau infectée. La nature infectieuse de cette maladie est prouvée par la courte période d'incubation et la facilité avec laquelle l'épiderme primitif des enfants nouveau-nés peut être pénétré. Comme le point de départ peut être difficile à trouver, la maladie tend à devenir épidémique. Dans une maternité où la maladie est à l'état endémique, des vagues irrégulières se produisent dans les graphiques, le nombre de cas augmentant avec l'abondance des entrées.

L'élimination de la source d'infection est la seule méthode pour empêcher l'explosion de l'épidémie. La disparition des cas de folliculite au même moment que ceux de pemphigus font penser que leur étiologie est quelque peu similaire, et des examens histologiques montrent que la lésion du pemphigus est sous-épithéliale et par conséquent plus dangereuse.

Il serait possible par un diagnostic précoce et un traitement efficace d'abaisser et pratiquement d'abolir la mortalité de cette maladie. La présence de pemphigus dans une maternité est l'indication qu'il existe un foyer septique et ce foyer septique devrait être trouvé et détruit.

Dans l'épidémie de l'infirmerie de Millroad, 17 espèces au moins de staphylococcus aureus et deux de staphylococcus citreus ont été trouvées.

Le pemphigus des nouveau-nés ne devrait avoir qu'une seule phase, celle des petites phlyctènes non ouvertes, si le traitement par le nitrate d'argent est bien fait, les autres phases ne doivent pas se produire.

C. et O. sont convaincus que cette maladie n'est pas une fièvre infectieuse aiguë, mais seulement une dermite sous-épithéliale que le traitement local peut guérir. Ils protestent vigoureusement contre le dogme décourageant qu'il faut craindre les cas mortels dès le début. Les cas mortels sont dus au diagnostic tardif et au traitement inefficace.

André Plichet.

Boyd Campbell. ***L'influence des cholécystites et d'autres infections sur le développement de thrombose des coronaires*** (*The British medical Journal*, n° 3928, 18 Avril 1936, p. 781-786). — L'obstruction des coronaires est produite avant tout par l'athérome et la thrombose ; les occlusions emboliques ou syphilitiques sont plus rares.

Plusieurs auteurs ont attiré l'attention sur les symptômes angineux des affections de la vésicule biliaire. Schwartz et Hermann, notamment, en 1931, ont publié une statistique de 109 cas de cholécystites dont 63 pour 100 avaient une myocardite.

La difficulté du diagnostic est que les douleurs d'angine de poitrine peuvent être simulées par la crise de colique hépatique ou la douleur de la cholécystite et réciproquement.

C. rapporte 10 observations de coronarite qui ont été précédées d'affections de la vésicule biliaire, 4 cas qui ont succédé à l'influenza et 5 cas à des infections diverses.

L'étiologie syphilitique est plus rarement rencontrée. Parkinson et Bedford, dans une série de 100 cas de thrombose de coronaires, ont trouvé 3 cas dus à la syphilis et 5 autres cas où il y avait occlusion de nature syphilitique mais sans thrombose.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

L. J. Witts. ***L'action thérapeutique du fer*** (*The Lancet*, n° 5862, 4 Janvier 1936, p. 1-4). — Le fer est principalement absorbé dans le duodénum, mais l'estomac et l'intestin grêle peuvent jouer un rôle dans cette absorption. La partie supérieure du tube digestif est donc de première importance pour l'hématopoïèse, c'est ce que les chirurgiens ne devraient pas perdre de vue. Il y a une dose minimale effective de fer. Des états physiologiques augmentent les besoins en fer de l'organisme et certaines maladies absorbent toutes les réserves.

L'action thérapeutique du fer peut être augmentée par certains procédés qui facilitent son

absorption. Bethelle et ses collaborateurs ont montré que 300 milligr. de fer réduit, donné en 3 doses de 100 milligr., étaient sans action, alors que donné en 10 doses de 30 milligr. il produisait un effet thérapeutique.

Chez l'animal, le fer peut être absorbé et emmagasiné par le foie, mais il ne peut être converti en hémoglobine qu'en présence du cuivre. Chez l'homme, il est difficile de faire une telle constatation, car la déficience du cuivre est excessivement rare.

La dose effective d'une préparation de fer est celle qui produit une augmentation de plus de 1 pour 100 dans le taux de l'hémoglobine chez des malades atteints d'achlorhydrie et d'anémie dont l'hémoglobine n'excède pas 50 pour 100 et quand leur maladie n'a pas dépassé 40 jours de durée.

Le fer est plus actif en injection, mais l'administration parentérale n'est pas sans inconvénients. La dose effective est si près de la dose toxique, notamment pour le citrate double de fer et d'ammonium, qu'il vaut mieux s'abstenir de ce mode d'introduction.

L'activité des préparations données *per os* est fonction de leur solubilité et de la facilité avec laquelle les ions ferriques se dégagent. Les sels solubles de fer sont les plus actifs. Il faut savoir que 50 pour 100 de la dose de fer ingérée seulement sert à la formation d'hémoglobine. Il semble que la dose effective pour amener une réticulocytose soit de 22 milligr. de fer par jour.

André Plichet.

Frank L. Apperly. ***L'acidité gastrique et sa signification*** (*The Lancet*, n° 5862, 4 Janvier 1936, p. 5-9). — L'acidité gastrique après un repas se mesure en fonction du CO^2 contenu dans le sang. Chez les gens normaux, cette acidité est régularisée par l'hémoglobine du sang, par le rapport entre la capacité pulmonaire et le poids du corps et par la température. Dans les cas anormaux, l'anoxémie, l'anémie, la grossesse, la néphrite, la fièvre, le diabète, le sport peuvent diminuer le CO^2 du sang et l'acidité gastrique. L'asthme, l'emphysème qui augmentent le CO^2 devraient augmenter l'acidité gastrique tandis que l'encéphalite, les rayons X et certains troubles cardiaques qui abaissent le CO^2 devraient abaisser l'acidité gastrique, mais ces effets n'ont pas encore été recherchés. L'acidité du suc gastrique nous donne une mesure grossière de la réserve alcaline du sang (sauf dans les anémies graves). D'autre part, l'évacuation gastrique semblerait être influencée en partie tout au moins par le p_H du sang.

En considérant les causes possibles de ces variations du CO^2 et du p_H, on peut faire quelques hypothèses sur les conditions pathologiques de certaines dyspepsies.

Il existe aussi une relation directe entre les globules rouges et l'acidité gastrique. Quand cette dernière tombe à 1/2 ou aux 2/3 de la normale, l'acide libre disparaît de l'estomac. On doit donc faire une différence entre l'anémie achlorhydrique et l'achlorhydrie anémique.

André Plichet.

W. Cramer et **E. S. Horning.** ***La production expérimentale par l'œstrin de tumeur pituitaire avec hypopituitarisme et de cancer de la mamelle*** (*The Lancet*, n° 5866, 1er Février 1936, p. 247-249). — C. et H. ont pu réaliser, chez la souris, des tumeurs en la soumettant à une application, sur la peau, deux fois par semaine, d'une solution chloroformique d'œstrin.

Ces expériences furent pratiquées sur des souris femelles ou mâles, castrées ou non, appartenant à deux races différentes : l'une chez laquelle on trouvait rarement des tumeurs spontanées de la mamelle, l'autre, au contraire, très sensible au développement spontané des tumeurs. Cependant, les mâles de cette race ne font jamais des tumeurs de la mamelle spontanément. Après application cutanée d'œstrin, chez 5 mâles de cette race, se développèrent des cancers de la mamelle, chez deux d'entre eux il y eut en plus des tumeurs du creux axillaire et chez un, une métastase dans les poumons.

Ces résultats confirment les expériences de Lacassagne qui, le premier, démontra qu'il était possible d'obtenir des carcinomes de la mamelle par injection d'œstrin.

Il est à remarquer que l'œstrin ne fait pas se développer le cancer *in situ*, qu'il faut une sensibilité spéciale de l'individu puisqu'il faut prendre une race spéciale où le cancer se développe spontanément.

La sensibilité de la glande mammaire à la carcinogénèse contraste avec l'insensibilité des femelles d'une race de souris chez laquelle se développe spontanément le cancer. Il est probable que l'organisme femelle est capable de neutraliser l'excès d'œstrin administré expérimentalement.

De plus, on remarque chez ces animaux la disparition de la graisse, ce qui conditionne la cachexie, des lésions dégénératives des surrénales avec sécrétion active de l'adrénaline, une hypertrophie des îlots de Langherans.

Pour l'hypophyse, on constata dans 8 cas sur 12 une augmentation de volume sans altération de la forme et dans 3 cas des tumeurs adénomateuses. Chez les souris ayant ou n'ayant pas de tumeur mammaire, l'examen microscopique montrait une congestion de la portion antérieure de l'hypophyse avec un nombre excessif de cellules chromophobes. L'animal présentait des symptômes d'hypopituitarisme.

De plus, les applications d'œstrin donnent des changements extensifs dans l'utérus et le vagin des femelles, une atrophie des testicules, parfois une hernie scrotale chez le mâle. L'œstrin, en outre, inhibe la sécrétion des spermatozoïdes et arrête la division en spermatocytes primaires et secondaires.

André Plichet.

J. Ross. ***L'usage du lipiodol en chirurgie pour l'exploration des voies biliaires*** (*The Lancet*, n° 5866, 1er Février 1936, p. 251-254). — Les opérations sur les voies biliaires présentent souvent des difficultés quand il s'agit d'apprécier leur perméabilité.

Les tests cliniques et spécialement la recherche des pigments biliaires dans les selles sont souvent trompeurs. Par contre, l'injection de lipiodol dans le canal cholédoque ne présente aucun danger et apporte des renseignements précieux. Par le tube de drainage du cholédoque, on introduit le lipiodol et on fait une radiographie qui permet, en cas de perméabilité parfaite, de voir le lipiodol passer rapidement dans le duodénum.

Cette épreuve permet non seulement de trouver des calculs qui ont échappé au doigt explorateur à l'opération, mais encore de faire le diagnostic du spasme du cholédoque que l'on voit souvent survenir à la suite de cholécystectomie.

André Plichet.

R. Barbour et **A. Stokes.** ***L'entérite cicatricielle chronique. Un exemple de granulome bénin et non spécifique de l'intestin grêle*** (*The Lancet*, n° 5867, 8 Février 1936, p. 299-303). — On considérait naguère le granulome de l'intestin comme étant de nature cancéreuse. Crohn et ses collaborateurs, en 1932, rapportèrent de nombreux cas de granulome bénin, non spécifique, atteignant surtout la partie inférieure de l'iléon. En Amérique cette affection porte le nom d'iléite régionale, d'entérite chronique cicatricielle ou de « Maladie de Crohn ».

Il existe 4 types cliniques : un type qui se signale par des douleurs abdominales avec réaction péritonéale, un second type caractérisé par une artérite ulcérative, un troisième type amenant une obstruction chronique du grêle, enfin une quatrième forme où persiste une fistule dans le quadrant droit inférieur. Le diagnostic se fait par exclusion.

L'entérite cicatricielle chronique n'est pas due à un seul facteur étiologique. En tout cas il faut éliminer le cancer, la syphilis, la tuberculose. Il est probable que les traumatismes internes de l'intestin produits par les arêtes, les noyaux, les pépins, les cicatrices provenant d'opérations antérieures forment autant de point d'appel pour l'infection. Celle-ci n'est pas spécifique. Mais il semble bien que les infections telles que la dysenterie bacillaire, le groupe Eberth, les infections à protozoaires et surtout les giardia soient responsables de cette maladie.

Les lésions consistent en une inflammation des parois avec rétrécissement de la lumière intestinale. Les ganglions, le mésentère sont souvent atteints. Microscopiquement on trouve des cellules géantes, signature de l'infection.

Quant au traitement il faut pratiquer l'exérèse des parties atteintes avec rétablissement du circuit intestinal.

André Plichet.

Parkes Weber. ***La tendance congénitale et familiale du développement de la cirrhose hépatique*** (*The Lancet*, n° 5867, 8 Février 1936, p. 305-307). — Il existe des cas de cirrhose, chez l'enfant, qui ne sont dus ni à l'alcool ni à l'hérédo-syphilis et qui rentrent dans les nombreuses maladies congénitales et familiales. Les observations ne sont pas rares de maladie de Hanot survenant dans une même famille. Souvent la cirrhose accompagne ou est en partie la cause d'une maladie congénitale, ainsi la dégénération progressive lenticulaire ou maladie de Kinnier Wilson, l'hémochromatose ou diabète bronzé, l'hépatomégalie de von Gierke (hépatomégalie et hyperglycémie). Dans la maladie de Vaquez, qui est, comme la leucémie, une affection néoplasique de la moelle osseuse et qui est souvent familiale, on rencontre souvent une cirrhose qui n'est pas due à l'action de la phénylhydrazine puisqu'elle existe avant tout traitement.

Dans la maladie de Rendu-Osler, on peut également trouver une cirrhose et il est difficile de dire si la cirrhose est d'origine dystrophique comme les télangectasies ou si celles-ci sont la conséquence d'un foie déficient.

André Plichet.

Wilkinson. ***Le principe anémique du foie*** (*The Lancet*, n° 5868, 15 Février 1936, p. 351-354). — Durant ces dernières années, on s'est efforcé d'isoler le principe actif antianémique du foie. Les progrès de ces recherches sont lents car on ne peut les contrôler que par la clinique en cherchant la réponse rétileucocytaire.

Au moyen de la méthode de Reinecke, W. est arrivé à obtenir une substance provenant du foie qui, à la dose de 58 milligr., produit une poussée rétileucocytaire maxima et une rapide guérison de l'anémie. En combinant cette méthode avec d'autres moyens de séparation, W. a pu augmenter la valeur hématopoïétique de ce produit qui est capable de guérir une anémie pernicieuse à la dose de 18 à 36 milligr. provenant de 666 à 1.332 gr. de foie frais.

André Plichet.

J. Cowan. ***Le pronostic de l'infarctus du myocarde*** (*The Lancet*, n° 5868, 15 Février 1936, p. 356-359). — Le pronostic de l'infarctus du myocarde est difficile à établir. La mort subite peut être le seul signe de l'obstruction coronarienne. Dans les grands accès d'angine de poitrine la moitié des patients meurent à la fin de la crise ou dans le mois suivant. Parmi ceux qui survivent, quelques-uns meurent de défaillance cardiaque progressive au bout d'un temps variable. D'autres

peuvent vivre plusieurs années sans aucun trouble. Deux facteurs régissent le pronostic : le soin que l'on prend de ces malades au moment de la crise et l'acceptation par le malade de son infirmité.

La guérison de l'infarctus dépend du développement des anastomoses artérielles autour de la lésion. Ce développement peut être important, mais il est lent. Il faut éviter tout effort à un muscle cardiaque mal irrigué. Les meilleurs résultats sont obtenus par un repos absolu au lit pendant deux mois et la reprise très progressive du genre de vie. Le succès dépend de la coopération intelligente du malade.

André Plichet.

D. N. Parfitt. ***Le traitement des psychoses par la narcose prolongée*** (*The Lancet*, n° 5869, 22 Février 1936, p. 424-426). — Ce traitement a été si préconisé dans ces dernières années sur le continent qu'un diagnostic de manie ou de mélancolie était considéré comme douteux si l'affection n'avait pas été améliorée par la narcose prolongée.

Après administration d'un lavement, le malade placé dans une chambre d'isolement est soumis à cette thérapeutique qui consiste surtout en l'injection intramusculaire d'une dose de 2 cmc de somnifène, dose quotidienne pendant 10 à 12 jours. On nourrit le malade par des liquides.

Ce traitement présente quelques dangers : fièvre élevée et irrégulière, chute de la tension, hyperhydrose, rashes variés, albuminurie avec ou sans cylindres, oligurie, anurie, convulsions épileptiformes et possibilité d'infections pulmonaires.

Ström-Olsen trouva que 70 pour 100 des malades soumis à ce traitement avaient une acétonurie très marquée avec tolérance diminuée des sucres. En conséquence, il ajouta au traitement par le somnifène des injections d'insuline combinées avec des prises de glucose et réduisit ainsi les accidents.

Ström-Olsen et Mac Conan, appliquant ce traitement à 49 schizophrénies, ont eu 8,1 pour 100 de guérisons et 38,7 d'améliorations. Sur 45 manies dépressives, ils ont eu 37,7 pour 100 de guérisons et 99 pour 100 d'améliorations. La statistique de P. est au moins aussi bonne. Il traita 60 malades par la narcose prolongée dont 45 avec somnifène, glucose et insuline. Il eut 33 améliorations dont 16 d'entre elles furent maintenues pendant un temps assez long.

André Plichet.

Grace Briscoe. ***L'antagonisme entre la curarine et la prostigmine. Son application au problème de la myasthénie*** (*The Lancet*, n° 5870, 29 Février 1936, p. 469-472). — Les effets heureux obtenus dans la myasthénie par les injections de prostigmine ont attiré l'attention sur l'action de cette drogue, analogue du reste à celle de l'ésérine. On a été conduit à préconiser cette substance en raison de la ressemblance de la myasthénie aux symptômes de l'intoxication légère par le curare et de l'antagonisme bien connu entre l'ésérine et le curare.

B., à l'aide de myogrammes, a étudié l'action périphérique de la curarine et de la prostigmine qui produisent toutes deux des effets dépressifs aigus mais non identiques. Leur antagonisme est tel que la contraction musculaire reste normale quand les deux drogues sont injectées ensemble.

Dans l'empoisonnement par le curare ou dans la myasthénie, les symptômes seraient dus à une destruction trop rapide des substances qui transmettent l'excitation des terminaisons nerveuses aux plaques musculaires. L'ésérine retarderait la destruction de ces substances.

André Plichet.

A. H. Roffo. ***Le rôle des rayons ultra-violets dans le développement du cancer provoqué par le soleil*** (*The Lancet*, n° 5870, 29 Février 1936, p. 472-474). — Jusqu'à présent on n'a pas donné une explication pathogénique satisfaisante des cancers de la peau produits par le soleil. Sur 5.000 cancers de la peau observés à l'Institut du Cancer de Buenos-Ayres, aucun, à part 2 ou 3 cas développés sur un nævus ou une brûlure, n'affecte les parties couvertes de la peau. 61 pour 100 des cancers de la face siègent au nez. Le cancer cutané survient surtout chez l'homme (70,9 pour 100) parce que les femmes se protègent la figure avec des crèmes et des poudres. Sont surtout atteints les hommes qui travaillent au plein air et ceux dont la peau est particulièrement blanche. Les nègres et les mulâtres sont rarement atteints de cancer cutané.

Expérimentalement, chez les rats soumis soit aux rayons du soleil, soit aux rayons U. V., se développent des épithéliomas et des sarcomes spino-cellulaires qui atteignent leurs plus grandes dimensions en sept et neuf mois. Ils poussent surtout dans les régions sans poils (oreilles, conjonctives) ou dans les régions épilées. Le processus est le suivant : hyperplasie, hyperkératose, papillomatose. L'action des rayons n'est pas spécifique pour des cellules particulières. Les cellules épithéliales et celles de la conjonctive réagissent de même. Sarcome et épithélioma peuvent exister chez le même animal. Les irradiations favorisent un excès local de cholestérol qui joue un grand rôle dans le développement cellulaire.

André Plichet.

V. E. Lloyd. ***Le traitement de la stérilité de l'homme par les hormones gonadotropiques*** (*The Lancet*, n° 5870, 29 Février 1936, p. 474-475). — Il semble bien établi maintenant que la descente normale des testicules dans le scrotum est étroitement associée à l'action des hormones gonadotropiques. L'essai récent du traitement de l'ectopie testiculaire a donné un nombre encourageant de succès... chez l'animal ; la spermatogénèse paraît être activée par les dites hormones. L'ablation du lobe antérieur de l'hypophyse donne une atrophie des glandes génitales et un arrêt de la spermatogénèse qui reprend quand on fait une implantation de cette glande.

Brosius et Scheffer ont décrit un cas d'azoospermie consécutive à des oreillons traités avec succès par les hormones gonadotropiques. L. rapporte l'observation de deux hommes dont les spermatozoïdes étaient peu nombreux et peu mobiles, qui furent traités l'un à la dose de 100 unités-rat d'hormones gonadotropiques par semaine, l'autre deux fois par semaine, pendant trois ou quatre mois. Une augmentation importante de spermatozoïdes pleins de vigueur fut constatée chez l'un et chez l'autre et leurs femmes eurent chacune un enfant.

André Plichet.

Daniel Davies. ***Quelques remarques sur l'ulcus peptique*** (*The Lancet*, n° 5871, 7 Mars 1936, p. 521-526). — L'ulcère peptique est un fruit de notre civilisation. Il atteint l'adulte plus que le vieillard, le maigre plus que le gros et l'homme plus que la femme. Il est le privilège des actifs plus que des rêveurs et le nombre des malades atteints de cette affection augmente chaque année.

Les auteurs sont nombreux qui ont pu reproduire expérimentalement l'ulcère gastrique et la conclusion de leurs expériences est que le suc gastrique joue un rôle de premier plan. Mais il faut tenir compte dans la production de l'ulcère d'un élément nerveux important. Déjà, en 1846, Rokitansky et en 1875, Brown-Séquard, avaient montré que les lésions cérébrales pouvaient se compliquer d'ulcérations gastriques. Cushing, il y a trois ans, dans un magistral article, a attiré l'attention sur les cas de tumeurs cérébrales compliquées d'ulcère d'estomac. Beattie, en 1932, en excitant les noyaux gris de la région du 3e ventricule, créait une hypersécrétion et un hyperpéristaltisme qui aboutissaient à l'ulcération. Ces mêmes effets furent obtenus par l'excitation du vague. Cushing rappela que ces noyaux, voisins du siège des émotions, pouvaient être influencés par des centres situés plus haut. Il est évident que chez l'homme, les émotions peuvent créer l'hypersécrétion et l'hyperpéristaltisme de l'estomac.

André Plichet.

Daniel Davies. ***Quelques remarques sur l'ulcère peptique*** (*The Lancet*, n° 5872, 14 Mars 1936, p. 585-591 [*suite*]). — D. rappelle les expériences de Mann et de ses collaborateurs : quand on abouche, chez l'animal, le duodénum dans la partie inférieure de l'iléon, on crée parfois un ulcère peptique, mais quand on dévie la sécrétion duodénale et qu'on abouche l'estomac au jéjunum, on crée, à coup sûr, un ulcère jéjunal. La sécrétion gastrique joue donc un rôle indiscutable. Ces ulcères, en quarante-huit heures, peuvent atteindre le stade de perforation et, en trois semaines, il peut se créer un ulcère chronique.

En s'appuyant sur 377 cas d'ulcère, D. étudie les conditions d'apparition et l'évolution de l'ulcère chez l'homme. Si, dans certains cas, il a pu trouver des ulcères, soit sans hyperchlorhydrie, soit avec des variations de l'acidité, il n'en reste pas moins que le traitement par les alcalins ou antiacides est justifié. D'autre part, les radiographies, faites à intervalles plus ou moins rapprochés, montrent qu'un certain nombre d'ulcères peuvent se cicatriser et réapparaître ensuite, indépendamment d'ailleurs du traitement. Il y a des sujets qui ont une propension à être atteints d'ulcère d'estomac. Hurst a parlé de diathèse ulcérative. On a posé l'existence de familles à ulcère d'estomac. Mais même en admettant l'hypothèse de diathèse ulcérative, il faut encore en trouver une explication valable. L'ulcère est-il produit par une infection ou par les toxines d'un foyer distant ?

Pour D. l'ulcère peptique est bien plutôt une manifestation locale de troubles nerveux. Il faut tenir compte de cette pathogénie dans l'institution du traitement. Les soins moraux des malades et de leur entourage importent autant que le régime.

André Plichet.

Ritchie Russell. ***Injection intraspinale d'alcool dans les douleurs névralgiques rebelles*** (*The Lancet*, n° 5872, 14 Mars 1936, p. 595-599). — Pour guérir les névralgies on a trouvé que la section complète des nerfs n'était pas nécessaire mais que la destruction partielle des racines arrivait à un effet semblable. Ceci amena Dogliotti à essayer d'atteindre les racines postérieures dans le canal spinal avec l'alcool. Après essai sur l'animal, il injecta 0,2 cmc à 0,8 cmc d'alcool absolu dans le liquide céphalo-rachidien de malades souffrant de douleurs intolérables. Comme l'alcool est moins dense que le liquide céphalo-rachidien, il faut placer les malades de telle façon que la racine visée se trouve au point le plus élevé et le plus près possible du lieu d'injection. Dogliotti traita ainsi des sciatiques rebelles et des crises tabétiques. Plusieurs auteurs américains ont employé cette méthode avec succès.

R. a traité 10 malades par cette méthode avec des résultats, dans l'ensemble, satisfaisants.

Toutefois ce procédé n'est pas sans danger. Les cas les plus justiciables de cette méthode sont ceux où la douleur siège à la partie inférieure du corps ; l'injection est faite alors dans la région lombaire, mais il faut redouter une atteinte des nerfs sphinctériens. De plus, il est possible que l'injection d'alcool qui, sur le moment, ne cause aucun danger, puisse, par la suite, amener des lésions dégénératives de la moelle.

Ceux qui ont utilisé cette méthode l'ont appliquée à des malades atteints d'affections malignes, inopérables, arrivés à la phase ultime ; cependant

Dogliotti a traité de nombreux cas de malades non condamnés par des injections où la teneur en alcool était faible et il est probable que la quantité de 0,4 d'alcool absolu ou moins est sans danger.

R. est arrivé, dans les cas incurables, à injecter jusqu'à 1 cmc 5 d'alcool à la fois. Il est à remarquer que cette quantité n'a pas donné de troubles sphinctériens alors qu'une quantité plus faible en a donné. Il y a une susceptibilité individuelle d'ailleurs très variable. Le mieux est de commencer par une injection de 0,4 cmc d'alcool et d'en augmenter la quantité après une période d'observation de dix jours s'il n'y a pas eu de résultat. Il est évident que si un anus iliaque ou une cystostomie existent déjà, on peut faire d'emblée une injection de 0,8 cmc.

Pour pratiquer ces injections, par exemple dans le cas de douleur sacrée, on met le malade dans le décubitus latéral avec un coussin sous le siège, les pieds du lit étant déjà surélevés. On ponctionne entre la 3e et 4e lombaire. On retire un peu de liquide céphalo-rachidien et on injecte doucement, en vingt secondes, 0,4 cmc d'alcool. Le liquide céphalo-rachidien ne doit jamais être brassé dans la seringue avec l'alcool. L'aiguille retirée, le patient reste dans cette position pendant une heure ou on le tourne doucement pour le mettre à plat ventre. Le malade ressent une sensation de brûlures dans la partie du corps en relation avec la racine intéressée. Des modalités différentes de cette technique sont décrites pour les différents sièges des douleurs.

André Plichet.

G. Findlay, N. Alcock et **R. O. Stern.** ***Une forme de méningite lymphocytique causée par un virus*** (*The Lancet*, n° 5873, 21 Mars 1936, p. 650-654). — On décrit de temps à autre, sous des noms variés, méningite séreuse, méningite aiguë aseptique, méningite aiguë lymphocytique bénigne, des cas de méningite d'étiologie inconnue. Certains pensent que ce sont là des formes abortives soit de la poliomyélite, soit de l'encéphalite épidémique. En Amérique, Armstrong et Lillie ont isolé d'un cas semblable un virus transmissible au singe, à la souris.

Du liquide céphalo-rachidien de 2 malades atteints d'une méningite lymphocytique, F., A. et S. ont isolé un virus qui, inoculé intracérébralement à des singes, à des souris, des rats, des cobayes, détermina une infection mortelle avec, à l'autopsie, une infiltration intense des méninges, des plexus choroïdes.

Ce virus inoculé dans le péritoine de la souris ne cause aucun symptôme, mais reste pendant plusieurs semaines dans la rate et dans les reins. Il est excrété par l'urine des souris et il peut passer à travers la peau légèrement scarifiée.

Un virus similaire a été isolé chez des souris d'apparence saine. Les souches isolées des malades ou des animaux se comportent de la même façon que le virus américain découvert par Armstrong. Le sérum de ces malades contient des anticorps contre le virus américain et contre le virus isolé des souris anglaises.

La porte d'entrée chez l'homme n'a pas pu encore être nettement déterminée, mais jugeant par analogie avec la leptospire ictérohémorragique, il est possible que le virus entre par la peau et les muqueuses.

André Plichet.

G. W. Théobald. ***Les névrites de la grossesse. Leur traitement par la vitamine B 1*** (*The Lancet*, n° 5876, 11 Avril 1936, p. 834-837). — Il est depuis longtemps reconnu que la grossesse diminue la résistance de la femme et la rend plus sensible aux différentes toxines et en particulier aux toxines gravidiques qui peuvent créer des névrites, affectant différents nerfs périphériques. A l'autopsie de tels sujets, on trouve non seulement des lésions périphériques mais des lésions dégénératives des cellules des cornes antérieures et des hémorragies microscopiques dans le cerveau et la moelle. Ces lésions sont semblables à celles que l'on trouve dans le béri-béri et dans le scorbut.

En 1930, Th. émit l'hypothèse que ces névrites étaient dues à une sorte de béri-béri pour les raisons suivantes: 1° le béri-béri est plus fréquent chez les femmes enceintes que chez les autres femmes dans les pays d'endémie; 2° les symptômes du béri-béri sont absolument semblables à ceux des névrites gravidiques; 3° la toxémie gravidique est en rapport avec des carences alimentaires.

Th. rapporte 5 cas de femmes enceintes qui, dans les dernières semaines de leur grossesse, furent atteintes de névrites et qui furent guéries par l'adjonction de vitamine B 1 concentrée.

André Plichet.

Lesile J. Harris et **P. C. Leong.** ***Les vitamines dans l'alimentation humaine. L'excrétion de la vitamine B 1 par l'urine humaine et sa dépendance du régime observé*** (*The Lancet*, n° 5877, 18 Avril 1936, p. 886-894). — Dans le but de trouver une méthode simple pour estimer la valeur de la vitamine B dans l'alimentation, des études quantitatives ont été faites, jour par jour, sur l'excrétion des vitamines B dans les urines. Cette mesure peut être faite au moyen de la méthode bradycardique de Harris par l'électrocardiographie. L'excrétion de la vitamine B varie avec le régime suivi.

Dans un groupe de 9 adultes bien portants de 17 à 37 ans, ayant un régime normal, la quantité exerétée de vitamine B a été de 5 et 8 pour 100 de la quantité journalière absorbée, ce qui est peu. Le choix d'un régime contenant de petites quantités de vitamine B amènera une réduction progressive de la quantité éliminée journellement. Une excrétion journalière de moins de 5 pour 100 permet de penser que le régime contient moins que la quantité nécessaire de vitamine B.

Ces observations préliminaires permettent de confirmer l'hypothèse que dans l'avitaminose de l'homme, le béri-béri, la vitamine B cesse d'être éliminée par l'urine en quantité appréciable.

André Plichet.

E. J. S. Woolley. ***La glycosurie et l'acétonurie dans les hémorragies sous-arachnoïdiennes*** (*The Lancet*, n° 5877, 18 Avril 1936, p. 894-896). — La difficulté est grande de distinguer ces cas du coma diabétique sans le secours de la ponction lombaire. W. rapporte 4 cas d'hémorragie méningée avec glycosurie. Dans tous ces cas, l'acétonurie fut trouvée dans l'urine en petite mais notable quantité.

En l'absence de signes neurologiques, pour faire le diagnostic différentiel avec le coma diabétique, on peut s'appuyer sur la réaction de Gérardt qui est toujours positive dans le diabète acétonurique et négative dans l'hémorragie méningée. De plus l'odeur acétonémique de l'haleine est rare dans cette dernière affection.

Le mécanisme de l'acétonurie des hémorragies méningées reste obscur: stimulation sympathique donnant une sécrétion excessive d'adrénaline ou dysfonction pancréatique due à l'irritation nerveuse.

André Plichet.

CASOPIS LEKARU CESKYCH (Prague)

K. Siling et **J. Kozak.** ***Contribution à la biochimie et à la physiologie du cholestérol*** (*Casopis lékaru ceskych*, n° 10, 6 Mars 1936, p. 293). — Sous le nom de cholestérolémie latente S. et K. désignent l'accroissement spontané de la quantité totale du cholestérol dans le sérum, gardé dans des tubes stériles pendant plusieurs jours à la température de 10°. Les causes de ce phénomène ne sont pas encore connues, mais il est possible d'en concevoir deux explications : la néogénèse du cholestérol ou l'annulation de la fixation du cholestérol à un complexe solide. Si l'on accepte la première de ces deux hypothèses, on peut en fournir plusieurs explications : la néogénèse lytique, par désintégration des grosses molécules renfermant les noyaux du cholestérol, la néogénèse substitutionnelle, par changement dans l'arrangement des atomes, enfin la néogénèse synthétique, par naissance du cholestérol en partant de molécules plus petites et plus simples.

Jean Tchervenіansky.

K. J. Ezek. ***Ostéome du sinus frontal*** (*Casopis lékaru ceskych*, n° 10, 6 Mars 1936, p. 296). — L'ostéome remplissait presque entièrement la partie supérieure du sinus frontal et atteignait le labyrinthe ethmoïdal. Il se compliquait non seulement d'inflammation de la cavité frontale gauche, mais aussi d'un très large abcès de l'orbite gauche et de la paupière supérieure gauche. Cet ostéome qui naissait primitivement du sinus frontal droit a seulement infiltré secondairement le voisinage du sinus ethmoïdal.

Jean Tchervenіansky.

R. Hladky. ***Corps étrangers des voies respiratoires observés à la clinique oto-rhino-laryngologique de Brno dans les années 1930-1934*** (*Casopis lékaru ceskych*, n° 11, 13 Mars 1936, p. 323). — H. a observé 78 cas de corps étrangers des voies respiratoires, dont 60 dans les fosses nasales, 4 dans les sinus paranasaux, 2 dans le larynx, et 12 dans la trachée et les bronches. La plupart des malades étaient des enfants de moins de six ans.

Dans les cas de corps étrangers du nez, une extraction simple a suffi. La technique de Luc-Caldwell a été employée dans les cas de corps étrangers des sinus et la laryngoscopie indirecte dans les corps étrangers du larynx. Parmi 12 cas de corps étrangers trachéobronchiques, 3 étaient restés dans les bronches de 6 semaines à 11 mois. 1 corps étranger était dans la trachée, 6 dans la bronche droite et 4 dans la bronche gauche. Dans un cas le corps étranger était placé sur la bifurcation bronchique. Dans 6 cas il y eut des complications pulmonaires (4 bronchopneumonies et 2 cas d'emphysème). La mortalité a été de 8,3 pour 100; elle était causée par les bronchopneumonies et l'anesthésie générale.

Jean Tchervenіansky.

A. Ostrcil. ***Importance de la douleur extrapelvienne éloignée pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine*** (*Casopis lékaru ceskych*, n° 12, 20 Mars 1936, p. 345). — Parmi une centaine de cas de grossesse extra-utérine opérés à la clinique de O., on a constaté 21 fois des douleurs thoraco-scapulo-humérales. Ces accès duraient de deux à quatre heures. O. les explique par une atteinte du sympathique. Ces douleurs sont toujours des signaux d'alarme en cas de grossesse extra-utérine. Elles correspondent en général à un saignement circonscrit ou débutant dans la cavité abdominale et indiquent l'urgence d'une intervention.

Jean Tchervenіansky.

M. Ocenasek. ***Syndrome clinique dans l'anévrisme disséquant énorme de l'aorte*** (*Casopis lékaru ceskych*, 20 Mars 1936, p. 347). — O. publie un cas très rare d'anévrisme disséquant énorme de l'aorte. L'anévrisme allait de la partie ascendante de l'aorte à la ramification iliaque. Les syndromes cliniques consistaient en une anémie extrême, en de graves symptômes d'insuffisance circulatoire. en un shock initial caractérisé par une syncope fou-

droyante, suivie de terribles douleurs commençant dans le dos et irradiées dans la région lombosacrée. La mort survint en quelques heures dans le collapsus. D'après O., il y eut d'abord une rupture incomplète de l'anévrisme disséquant, puis seulement après le transport du malade à l'hôpital la rupture devint complète et finit par un collapsus mortel. L'anémie de la face suivie d'une hyperémie subite et passagère est un symptôme très important qui permet d'éliminer les affections chirurgicales.

Jean Tcherveniansky.

Patocka. ***Contribution au diagnostic des bacilles strictement anaérobies*** (*Casopis lékaru ceskych*, n° 16, 17 Avril 1936, p. 486). — P. divise les infections anaérobies en 3 groupes: 1° les infections provoquées par des microbes toxiques (tétanique et botulinique, bacilles de Weinberg, de Koch); 2° les infections causées par les anaérobies toxiques et virulents à la fois (plaies de guerre); 3° à ces groupes, O. ajoute les microbes asporogènes qui sont adaptés plus étroitement à la vie parasitaire du corps humain, mais qui ne sont pourtant qu'occasionnellement agents de processus pathogènes chez l'homme (Bacillus Buday et les divers leptothrix, spirilles et streptocoques anaérobies).

L'auteur donne une description détaillée des méthodes de culture des germes anaérobies.

Jean Tcherveniansky.

FUKUOKA ACTA MEDICA
(Fukuoka)

Hiraoka. ***Etudes expérimentales sur l'Entamœba buccalis. Considérations statistiques sur sa fréquence au Japon.*** I (*Fukuoka Acta Medica*, vol. **29**, n° 3, Mars 1936). — Les recherches pratiquées portent sur 337 sujets d'âge variable, bien portants ou malades, de toutes les classes. Elles montrent que dans la pyorrhée alvéolaire l'*entamœba buccalis* se rencontre dans 81,5 pour 100 des cas, dans 31,5 pour 100 des cas d'autres affections des parties molles, dans 14,7 pour 100 des cas de sujets à gencives saines.

Et dans la pyorrhée où l'*entamœba buccalis* se rencontre le plus fréquemment, son évolution est parallèle à celle du processus morbide. On peut noter en conséquence que dans les affections des parties molles, les amibes se rencontrent avec une fréquence beaucoup plus grande dans les affections chroniques, comme le cancer de la mâchoire, l'épulis, l'absence de réunion du palais, que dans les maladies aiguës.

En général, la présence d'amibes est plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes, au niveau de la mâchoire inférieure plutôt qu'au niveau de la mâchoire supérieure, dans la zone des molaires que dans celle des incisives et des canines.

Pour trouver l'amibe, il faut savoir le rechercher dans la profondeur des gencives. Sa présence dépend du pH de la bouche qui doit varier entre 6,2 et 7; un pH de 6,5 est celui qui paraît favoriser son développement.

H. Schaeffer.

Hiraoka. ***Etudes expérimentales sur l'Entamœba buccalis. Les milieux de culture.*** II (*Fukuoka Acta Medica*, vol. **29**, n° 3, Mars 1936. — Le milieu le plus favorable pour cultiver l'Entamœba buccalis est celui de Tanabe-Chibasch. La croissance de l'amibe est favorisée par une substance d'origine leucocytaire. L'extraction de cette substance se fait mieux par les méthodes de réfrigération que par la chaleur. Le milieu de Tanabe-Chibach, par la présence de cette substance, favorise le développement de l'amibe. H. pense que cette substance a sur sa croissance une action excitante qui favorise sa croissance. Pour que l'amibe puisse se développer, le milieu de culture doit avoir un pH variant entre 4,2 et 9,6. Un pH compris entre 6,4 et 7,2 est le plus favorable. Compris entre 5,6,-6,2 et 7,4-8, l'amibe pousse encore, mais entre 4,2-5,4 et 8,2-9,6 l'amibe se développe très mal. La réaction du milieu de culture est acide au début et devient ensuite alcaline.

H. Schaeffer.

Hiraoka. ***Etudes expérimentales sur l'Entamœba buccalis. Etudes morphologiques,*** III (*Fukuoka Acta Medica*, vol. **29**, n° 3, Mars 1936). — Les études morphologiques et cytologiques de l'amibe doivent être pratiquées sur l'amibe vivant et sur l'amibe fixé et coloré.

Amibe vivant: Le protoplasme du corps de l'amibe présente une grande fluidité et pousse de petits ou de gros pseudopodes. L'Entamœba finement réticulé contient des corps étrangers, bactéries ou leucocytes. H se distingue nettement de l'ectoplasme de structure hyaline et homogène. La rapidité ou la lenteur de formation des pseudopodes dépend des conditions de vie de l'amibe, de sa force, des caractères du milieu, de la température. Les pseudopodes peuvent être foliacés, linguiformes, en forme de clapet, de bâton ou de branche, leur forme est variable à l'infini. Les amibes peuvent augmenter de nombre par scissiparité. H. n'a jamais constaté la formation de kystes.

Amibes colorés: L'endoplasme est fenêtré avec des vacuoles contenant souvent des corps étrangers, bactéries ou vacuoles. L'ectoplasme de couleur gris blanchâtre est homogène. Le noyau limité par la membrane nucléaire contient en son centre un caryosome et une série de corps chromatiques en rosace. La grosseur des corps tigroïdes des formes parasitaires varie entre 7 et 39,2 micron. Les dimensions du noyau varient entre 1,5 et 5,6 micron.

H. Schaeffer.

Hiraoka. ***Etudes expérimentales sur l'Entamœba buccalis. Etudes biologiques.*** IV (*Fukuoka Acta Medica*, vol. **29**, n° 3, Mars 1936). — Il est intéressant d'étudier l'influence des facteurs physiques et biologiques sur l'Entamœba buccalis. On étudiera sur les amibes l'action de la salive, du sérum sanguin, de l'eau distillée, des diverses solutions salines, du réchauffement, du refroidissement, de la lumière du soleil, des ultraviolets et même des rayons Roentgen. H. étudie l'action sur les parasites de certaines substances chimiques telles que les acides, les alcalis, les gargarismes qui peuvent être utilisés d'un point de vue pratique, l'action de substances spécifiques telles que le yatren, l'émétine, ou l'atoxyl. H. signale les modifications biologiques et morphologiques des amibes soumis à de semblables influences.

H. Schaeffer.

Hiraoka. ***Etudes expérimentales sur l'Entamœba buccalis. Etudes de transmission.*** V (*Fukuoka Acta Medica*, vol. **29**, n° 3, Mars 1936). — Des chiens, des chats et des cobayes ont été inoculés avec des formes parasitaires et des formes de culture d'Entamœba buccalis au niveau des gencives pour observer les modifications survenues, et suivre de jour en jour le développement du parasite. Les formes parasitaires se retrouvent chez les chiens et les chats pendant un à deux jours. Les formes de culture persistent pendant deux jours chez le chien et un maximum de quinze jours chez le chat. Les parasites se trouvaient avec le même aspect que ceux qui habitent la cavité buccale de l'homme; ils avaient des mouvements rapides et présentaient des inclusions leucocytaires plus ou moins nombreuses.

H. Schaeffer.

Hiraoka. ***Etudes expérimentales sur l'Entamœba buccalis. Etude de la substance leucolytique de l'Entamœba buccalis.*** VI (*Fukuoka Acta Medica*, vol. **29**, n° 3, Mars 1936). — Des preuves sont apportées par H. de l'existence de substances extraites de l'Entamœba buccalis capables de détruire les corps cellulaires des leucocytes, si ces derniers sont laissés en contact un temps suffisant avec cet extrait. Un ralentissement allant jusqu'à la suppression des mouvements leucocytaires à la lumière, la destruction du protoplasma avec formations vacuolaires aboutissant à la mort de l'élément, des altérations cellulaires entraînant une diminution ou une perte de l'aptitude à réduire le bleu de méthylène ont été constatés chez ces leucocytes. Cette substance « Entamœba buccalis leucocidine » résiste à une température de 60°, voit son activité diminuée à une température de 70°, et est complètement détruite à la température de 80°. Le pouvoir toxique antileucocytaire de cette substance n'est pas modifié par la dessiccation et le refroidissement, il n'est pas influencé par les rayons Roentgen, mais il est sensible aux rayons solaires et ultraviolets. Cette substance résiste assez bien aux acides, mais résiste mal aux alcalis. Dans le sérum de chiens qui ont été immunisés contre ce poison, on trouve un anticorps (Entamœba buccalis-antileucocidine) qui atténue l'action leucocytolytique de l'Amœbaleucocidine.

H. Schaeffer.

Hiraoka. ***Etudes expérimentales sur l'Entamœba buccalis. Etudes neurologiques.*** VII (*Fukuoka Acta Medica*, vol. **29**, n° 3, Mars 1936). — Chez des chiens vaccinés à diverses reprises avec des cultures d'Entamœba buccalis, H. trouva dans le sérum de ces animaux des anticorps contenant du complément, des ambolyzines et des précipitines. Des expériences de contrôle ont été pratiquées avec un sérum immunisant contre les bactéries associées. Des recherches croisées faites avec ce sérum immunisant double et des antigènes montrèrent que la réaction de fixation du complément sur les amibes était beaucoup plus marquée que l'amilolyse par un sérum antiamibien; la précipitation avec l'extrait d'amibes et le sérum antiamibien était chaque fois positive, alors que la réaction du même sérum envers les bactéries associées était négative.

H. pense que ces recherches ont, pour la première fois, mis en lumière le pouvoir immunologique de l'Entamœba buccalis.

H. Schaeffer.

MEDYCYNA
(Varsovie)

I. Fajwlewicz et **H. Halpern-Wieliczanski.** ***Contribution à la pathogénie de la spondylite ankylosante*** (*Medycyna*, n° 4, 21 Février 1936, p. 97-100). — A propos de deux cas de spondylite ankylosante associée à la tuberculose pulmonaire, F. et H.-W. soulignent la rareté relative de la coïncidence de ces deux affections et font remarquer que la spondylite peut apparaître, soit comme un processus compliquant la tuberculose pulmonaire, soit la précéder longtemps à l'avance. Dans l'étiologie de l'affection des deux malades, il est à souligner chez l'un d'eux, une profession exigeant une grande dépense de forces physiques, accompagnée de chocs multiples et répétés. Dans les antécédents de l'autre malade, une crise rhumatismale est à retenir.

Fribourg-Blanc.

Z. Sienkowski. ***Un cas d'hydrocéphalie ventriculaire exsudative, consécutive à un traumatisme*** (*Medycyna*, n° 4, 21 Février 1936, p. 101-107). — S. rapporte l'observation d'un cas d'hy-

drocéphalie ventriculaire, consécutive à une méningite aseptique due à des hémorragies traumatiques sous-arachnoïdiennes et peut-être encéphaliques. S. souligne, dans l'évolution de la maladie, des crises fébriles se reproduisant régulièrement tous les deux ou trois jours et coïncidant avec les aggravations physiques et psychiques du malade. Ces crises ont pu être enrayées par la répétition d'insufflation d'air, faites à la période précédant les crises d'aggravation.

FRIBOURG-BLANC.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

P. Schnyder. ***Commotion cérébrale, névrose post-traumatique et troubles des fonctions sexuelles*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 10, 7 Mars 1935, p. 242-244). — Il est donné tout d'abord l'observation de 2 cas de commotion cérébrale (chute de 6 et de 7 mètres de hauteur) dans lesquels il n'y avait pas de lésions anatomiques grossières du système nerveux central, mais où la capacité de travail des malades a été un peu diminuée du fait d'un état d'irritation et de carence minime. En outre, dans les 2 cas, il y a eu faiblesse de l'érection. La guérison a été complète quoiqu'un peu longue.

Dans deux autres cas, il s'agissait de névrose post-traumatique dans laquelle le traumatisme cranien avait été minime. Chez l'un, il a été observé du priapisme et chez l'autre de l'insuffisance de l'érection. Dans un 5e cas, il s'agissait d'un traumatisme périphérique qui donna lieu à un complexe de sinistrose, idée de persécution et impotence sexuelle.

Il y a lieu d'admettre que des phénomènes de ce genre sont dus à des troubles de l'innervation sympathique et parasympathique, associés peut-être à des altérations endocriniennes ainsi qu'à des facteurs psychoneurotiques secondaires dus à une constitution spéciale. En tout cas, on ne doit pas trop vouloir schématiser et on a été un peu loin avec la « névrose de l'indemnisation ». Le chapitre des traumatismes cérébraux et craniens n'est pas clos et on doit l'étudier d'autant plus que le nombre des accidents du travail et de la route augmente.

P.-E. MORHARDT.

E. Bernhard. ***Un cas de lipémie*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 11, 14 Mars 1936, p. 261-264). — B. a eu l'occasion d'observer un homme de 29 ans, qui se plaint de douleurs dans la région hépatique, d'amaigrissement et de pâleur avec une légère teinte jaunâtre. Le foie dépasse de trois travers de doigt le rebord costal et il est sensible à la pression. Le sérum présente un aspect lactescent qui persiste quel que soit le régime. A 10 ans, le malade a eu un ictère fébrile, mais n'a jamais été malade depuis. Il est parfois professionnellement en contact avec des couleurs d'aniline.

La question de lipoïdose est rendue obscure par le fait que les auteurs parlent tantôt de graisse neutre, tantôt de cholestérine et, de plus, les méthodes d'extraction utilisées sont très variables.

Chez ce malade, il a été procédé à une série d'examens qui ont montré d'abord que le chimisme et la motricité gastriques étaient normaux et que les selles ne présentaient aucun élément pathologique et notamment pas d'augmentation des graisses neutres ni des savons. Les ferments du pancréas seraient diminués d'après l'épreuve au glutoïde de Sahli mais normaux d'après la méthode de Wohlgemuth.

Les nombreuses épreuves hépatiques qui ont été pratiquées (épreuve du galactose, du lévulose et du glucose, réaction de Takata, radiographie de la vésicule, détermination de la bilirubine du sérum) n'ont fourni aucune donnée pathologique. Le métabolisme de base est normal, de même que l'hémogramme.

L'analyse du sang montre à l'entrée 0,321 pour 100 de cholestérine, chiffre 1 1/2 à 2 fois plus élevé que la normale. En supprimant complètement les graisses du régime pendant 3 jours, la cholestérine du sang tombe à 0,130 ou 0,150 pour 100. On a constaté que 100 gr. de graisse de porc pure, contenant 0,026 à 0,30 pour 100 de lécithine, mais pas de cholestérine, font monter au bout de 2 heures la cholestérine de 0,103 à 0,190 pour 100, proportion qui retombe à 0,160 dans la soirée.

En somme, ces diverses constatations montrent que la suppression de la graisse fait tomber le taux des lipoïdes du sang et qu'il n'y a pas de production endogène. Par ailleurs, la résorption intestinale est normale. La suppression des graisses a fait disparaître l'augmentation de volume et les douleurs hépatiques en quinze jours; le ton jaunâtre de la peau a disparu également, le sérum est redevenu limpide et le poids du malade a augmenté de 57 à 64 kilogr. Il s'agit en somme d'un cas de rétention cholestérinique dont la pathogénie est obscure.

P.-E. MORHARDT.

Karl Lenggenhager. ***La genèse du mal d'avion, de mer et de chemin de fer sous un aspect nouveau*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 15, 11 Avril 1936, p. 354-357). — Comme cause de mal d'avion et de mer on doit faire intervenir les mouvements de tangage et de roulis ainsi que la composante à trois dimensions à laquelle ils donnent lieu. Actuellement, on tend à admettre que la sensation de chute provoquée par un ascenseur à forte accélération ou par un grain, en avion, est due primitivement à une excitation du noyau du vague provoquée par le labyrinthe. Mais cette excitation du noyau du vague exige un certain temps de latence alors que le sentiment de chute est immédiat. Diverses expériences mettent en évidence le rôle des viscères abdominaux.

On sait aussi, par des expériences chirurgicales, que la traction du mésentère provoque des sensations pénibles et des réactions (pâleur, sueurs, vomissements) si le malade est simplement en état d'anesthésie locale. D'un autre côté, il y a lieu de noter, comme l'a déjà fait Wollaston, que la colonne de mercure du baromètre s'élève ou s'abaisse si l'instrument lui-même est soumis à des mouvements dans le sens de la verticale. En suspendant un poids à un cordon élastique fixé à l'intérieur d'un système clos, on constate également que les élévations et les abaissements alternatifs du système entraînent un raccourcissement ou un allongement du cordon élastique avec mouvements correspondants du poids. Or, les viscères à l'intérieur de l'abdomen sont suspendus par des dispositifs divers et élastiques.

Mais à côté de ces mouvements d'élévation et d'abaissement, des mouvements de rotation interviennent. Un sujet d'expérience assis sur le siège d'une balançoire et soumis à des mouvements de rotation alternatifs de 30 à 40°, la tête étant fixée par un aide, éprouve exactement les mêmes sensations pénibles que quand la tête tourne en même temps. Ainsi, le labyrinthe n'intervient pas.

Seul le vertige qui survient au cours d'une rotation rapide a le labyrinthe pour origine et peut secondairement entraîner des nausées et des vomissements. Les vertiges sont d'ailleurs un phénomène qui ne s'observe pas primitivement dans le mal de mer. En somme, comme pour les chutes, la rotation provoque des sensations désagréables qui ont la partie supérieure de l'abdomen pour point de départ.

Dans ces conditions, la thérapeutique consiste d'abord dans le décubitus horizontal. En outre, la vacuité de l'estomac et du grêle diminue l'amplitude des déplacements susceptibles de survenir du fait d'un mouvement du corps. Une ceinture abdominale serrée agit dans le même sens de même que les médicaments qui paralysent les nerfs et notamment les combinaisons qui associent, par exemple, l'atropine, la scopolamine, le luminal et la papavérine. L'immersion dans l'eau fait également disparaître la sensation de chute.

P.-E. MORHARDT.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Genève-Lausanne)

G. Bickel et **M. Demole.** ***L'hypotension orthostatique*** (*Revue médicale de la Suisse Romande*, t. **56**, n° 1, 25 Janvier 1936, p. 1-16). — Un homme de 52 ans se comportait comme un individu normal lorsqu'on l'examinait couché dans son lit, alors qu'il se présentait comme un grand malade dès qu'il était debout. Il était alors pris de malaises, de vertiges, s'accentuant au moindre effort et aboutissant presque immanquablement à une chute lorsqu'il cherchait à marcher sans soutien. Les impressions d'obnubilation et de vertiges sont en relation avec une chute énorme de la tension artérielle, dès que le malade passe du décubitus horizontal à la station verticale. Cet effondrement tensionnel s'accentue encore lorsque le malade combine un effort à la station verticale. Il s'agit d'un syndrome d'hypotension orthostatique. C'est là une entité clinique relativement rare, peut-être parce qu'elle est mal connue. Elle s'observe surtout chez les hommes ayant dépassé la quarantaine et sans passé pathologique. La chute de la pression atteignant 40 à 100 mm. frappe le réseau artériel dans sa totalité, elle explique l'extrême pâleur de la face et les symptômes nerveux. Lorsque la chute de tension atteint son maximum, il se produit une vraie syncope. La gravité immédiate des crises est nulle.

L'évolution du syndrome est capricieuse. Il existe des formes aiguës passagères et des formes d'une chronicité désespérante.

Les constatations expérimentales sont en faveur de la disparition de la portion du mécanisme régulateur de la tension artérielle spécial à l'homme, processus complexe dans lequel interviennent le système nerveux sympathique, ses centres cérébraux et spinaux, ses terminaisons périphériques et plusieurs glandes endocrines. Dans les cas les plus démonstratifs, l'hypotension orthostatique est due à une déficience du lobe antérieur de l'hypophyse; dans d'autres, c'est une insuffisance surrénale pure. Les centres neuro-végétatifs de l'encéphale semblent jouer un rôle primordial dans la pathogénie de l'hypotension orthostatique.

La thérapeutique est encore au stade d'essais peu concluants.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MEDICAL (Paris)

R. Nyssen (Gand) et **J. Helsmoortel** junior (Anvers). ***Agueusie traumatique et auto-suggestion.*** (*Le Bulletin médical*, t. **50**, n° 10. 7 Mars 1936, p. 161-162). — N. et H. rapportent 6 observations où, à la suite d'accident portant sur la tête, on a pu constater, chez les sujets entre 22 et 56 ans, l'absence ou la diminution simultanées de la perception des odeurs et des saveurs fondamentales. L'agueusie n'a été rencontrée que 6 fois sur plus de 100 cas de traumatisme cranien.

Le plus souvent, l'agueusie complète est d'origine centrale; on peut parfois l'expliquer par une atteinte des nerfs périphériques.

Chez aucun des 6 malades l'agueusie n'a existé d'une façon isolée; l'anosmie seule est, par contre, relativement fréquente.

Des 6 sujets décrits, un seul présente, outre les phénomènes agueusiques, de la glucogueusie subjective et spontanée; elle a rétrocédé progressivement et en même temps que les troubles agueusiques. Dans les 2 cas où on assiste à une régression des troubles étudiés, l'agueusie rétrocède secondairement ou parallèlement à l'anosmie. L'évolution parallèle de l'agueusie et de l'anosmie et, en particulier, l'inexistence de l'agueusie isolée, plaident en faveur de la dépendance de l'agueusie par rapport à l'anosmie. 5 malades sur 6 présentaient, en dehors des troubles olfactifs et gustatifs, des dispositions constitutionnelles ou des troubles psychiques favorables à la suggestion.

De l'ensemble des considérations émises, il semble indiqué que la dépendance fonctionnelle de l'agueusie, par rapport à l'anosmie, est de nature suggestive. Cette action de l'anosmie sur le goût par voie suggestive est d'autant plus admissible que cette suggestion peut trouver un aliment dans la coexistence presque constante d'une anosmie réelle et d'une pseudo-agueusie associées.

Robert Clément.

E. Malespine. ***Vitamines et appétit. Réactions psychiques chez les pigeons soumis à l'avitaminose B.*** (*Le Bulletin médical*, t. **50**, n° 19, 9 Mai 1936, p. 306-311). — Les pigeons adultes mis à un régime exclusif de riz poli ou mieux de riz glacé et d'eau cessent de manger après 4 à 5 jours. Immobiles dans un coin de la cage, ils n'absorbent pas un seul grain du riz mis à leur disposition. Mais si on substitue au riz poli du riz avec sa cuticule ou une autre graine, ils se lèvent presque aussitôt, se secouent, reprennent immédiatement leur vigueur et, d'un trait, vident leur mangeoire. Ce pigeon, qui avait perdu l'appétit, mange d'affilée 40 gr. de grain et davantage, le double de sa ration normale. Le pigeon mis au régime du riz poli n'était qu'en apparence anorexique, il refusait seulement une nourriture qui ne lui convenait pas ou qu'il n'aimait pas.

Si on met à la disposition du pigeon une série de boîtes contenant des graines variées: riz complet, riz poli, chènevis, millet, vesces, maïs, avoine décortiquée, blé, blé noir, etc., on constate qu'il mange de préférence le chènevis, mais il varie son régime, consommant en plus grande quantité un jour les vesces, le lendemain le maïs, etc... Au bout d'une dizaine de jours, il cesse de manger du riz poli comme lorsqu'il est soumis au régime exclusif du riz poli.

Si l'on remplit la mangeoire de grains stérilisés (2 heures à l'autoclave à 130°), maïs ou chènevis par exemple, le pigeon « anorexique » mange ces grains stérilisés, le poids augmente et les crises nerveuses disparaissent, mais la mort survient tout de même.

Quand on met dans la cage du pigeon anorexique une boîte de Pétri remplie de grains de maïs stérilisés fermée, après un instant d'agitation, le pigeon se précipite sur la boîte et picore furieusement le verre au risque de se casser le bec. Cette expérience montre que, mis au régime de carence complexe que représente le régime de riz poli, l'animal ne perd pas l'appétit ou tout au moins le retrouve instantanément lorsqu'il est en présence d'aliments appétissants.

Les réactions psychiques observées dans ces expériences éclairent certains faits constatés par les éleveurs chez les pigeons, notamment la maladie de la faim. Faut-il faire intervenir la sécrétion psychique. Le problème de la cessation de l'alimentation est lié à l'état digestif, à l'état psychique, et aussi à l'indéterminé alimentaire qui éveille l'appétit ou le dégoût et le refus d'aliments par un mécanisme cérébral mal défini.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

Parhon, A. Kreindler et **M. Schachter** (Bucarest). ***Ophtalmoplégie au cours de la maladie de Basedow*** (*Paris Médical*, t. **26**, n° 13, 28 Mars 1936, p. 267-269). — Chez un homme de 61 ans, présentant une exophtalmie notable avec œdème palpébral et rétraction des paupières supérieures, de la tachycardie, du tremblement des mains et des douleurs précordiales, l'examen de la motilité oculaire montra que l'œil gauche ne pouvait se porter en dedans, ni en haut, alors que les mouvements en toutes directions de l'autre œil sont possibles. Il s'agit d'un cas de maladie de Basedow avec troubles paralytiques de la musculature des yeux portant sur le droit interne et le grand oblique gauche.

A l'occasion de cette observation, quelques cas de troubles paralytiques oculaires associés au syndrome basedowien sont signalés.

On a émis l'hypothèse de la nature myasthénique de ces parésies, mais elles pourraient être aussi attribuées à une lésion des noyaux des nerfs oculaires moteurs ou une lésion des muscles oculaires. Des arguments sont apportés en faveur de la théorie centrale et de la théorie périphérique.

Robert Clément.

G. Milian. ***De l'utilité des stries unguéales dans la surveillance de la syphilis*** (*Paris Médical*, t. 26, n° 13, 28 Mars 1936, p. 269-271). — Une femme de 22 ans, ayant eu un chancre syphilitique avec Wassermann négatif, reçut une série de 8 injections de 914, suivies d'une injection d'arquéritol, puis interrompit son traitement pendant 6 mois. Nouvelle série de 10 piqûres d'arquéritol, nouveau Wassermann négatif, puis 20 injections de bivatol. Seconde interruption du traitement pendant 7 mois, avec Wassermann négatif tous les 3 mois. La reprise du traitement se fit par une série d'arquéritol: un mois après le début, à la cinquième injection, on constate une ulcération anale syphilitique et 10 jours plus tard une roséole généralisée. A ce moment, on remarque sur plusieurs ongles, mais non sur tous, une strie transversale à 7 mm. environ de la matrice unguéale, c'est-à-dire dont la genèse remonte à 3 mois environ. Sur un ongle, une érosion ponctuée siège à la même distance de la matrice que les raies transversales. Cette constatation incitait à penser qu'il y avait eu 2 ou 3 mois auparavant une poussée active de la syphilis.

Les stries unguéales ont une valeur d'avertissement que la syphilis est encore en activité, et que le patient est justiciable d'un traitement.

Robert Clément.

F. Moutier. ***La gastrite précancéreuse*** (*Paris Médical*, t. 26, n° 14, 4 Avril 1936, p. 283-287). — L'étude des pièces opératoires ou nécropliques montre l'association fréquente d'une gastrite au cancer. Les types de cette gastrite concomitante au cancer sont nombreux. A l'endoscopie, on en décrit une demi-douzaine. Il est plus rare d'observer une muqueuse relativement saine à l'œil nu ou un cancer développé sur une muqueuse atteinte de gastrite atrophique. Parfois des zones de gastrite atrophique alternent avec des zones de gastrite hypertrophique formant des plages adénomateuses ou polypoïdes.

Ces lésions peuvent se trouver à distance des lésions cancéreuses confirmées.

Le passage de la gastrite au cancer est encore prouvé par le fait que l'on voit dans certains cas l'épithélioma gastrique se développer à partir des cellules caliciformes hétéroplasiques.

Si l'on ne peut opposer les caractères de la gastrite précancéreuse à ceux de la gastrite préulcéreuse, ces deux lésions diffèrent cependant par certains côtés. Dans les gastrites de l'ulcère, les phénomènes inflammatoires et les réactions de la sous-muqueuse sont importants; dans le cancer de l'estomac, les processus d'hyperplasie adénomateuse, de stratification cellulaire, de développement abhérent des glandes dominent. Dans l'ulcère apparaît surtout une gastrite inflammatoire; dans le cancer, une gastrite anarchique à tendance proliférative et myxorrhéique.

Dans l'ignorance des causes de la néoplasie, il faut admettre que la gastrite ne crée pas le cancer, mais seulement le terrain sur lequel il se développe. L'ulcère ne paraît pas davantage prédisposer au cancer d'une gastrite quelconque.

Cliniquement, le cancer se développe insidieusement chez certains malades qui ont été dyspeptiques toutes leur vie; il est impossible de deviner à quel moment la dyspepsie est devenue cancer.

Il ne semble pas que le développement des « apogastrites » (« gastrite coïncidant avec des altérations évidentes d'autres systèmes organiques: cutané, sanguin, nerveux ») prédisposent particulièrement aux cancers à forme anémique.

Robert Clément.

J. Rachet. ***Les recto-colites ulcéreuses de cause inconnue*** (*Paris Médical*, t. **26**, n° 14, 4 Avril 1936, p. 291-298). — On groupe sous le nom de « recto-colites ulcéreuses graves » toutes les dysenteries dont la cause nous échappe encore. Ces affections, bien caractérisées par leur aspect clinique et leurs lésions anatomo-pathologiques, réalisent un groupement nosologique confus, car leur étiologie se résume en des hypothèses.

Ces recto-colites sont essentiellement caractérisées par un syndrome dysentérique. Elles peuvent évoluer d'une façon aiguë ou chronique et leur ta-

bleau est alors différent. Les complications sont nombreuses, hémorragies profuses, sténose, polypose, perforations intestinales, suppurations juxtacoliques.

Le diagnostic repose sur la rectoscopie qui permet de vérifier la réalité du diagnostic clinique et de préciser la forme anatomo-pathologique. Aucun aspect rectoscopique n'est spécifique, aucun ne permet de préjuger de l'évolution ultérieure. Telle forme superficielle et bénigne en apparence peut évoluer vite; telle autre, particulièrement intense et étendue, peut guérir. La coprologie est un examen d'élimination, c'est le caractère négatif répété de ses résultats qui permet le diagnostic de syndrome à germe encore inconnu. La radiologie est une méthode encore à ses débuts et ne permet pas par ses aspects des conclusions étiologiques.

L'origine infectieuse de la maladie semble être admise partout; les uns cherchant à découvrir un agent spécifique, les autres discutant le rôle possible de germes divers. La notion de terrain semble aussi importante dans le déterminisme de la maladie.

Les traitements symptomatiques, les vaccinothérapies, les sérothérapies, les méthodes de choc ou de désensibilisation ont donné des résultats. Le traitement chirurgical reste très controversé.

ROBERT CLÉMENT.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

P. Mollaret. ***Le diagnostic micro-biologique de la spirochétose dite ictéro-hémorragique*** (*Le Progrès médical*, n° 22, 30 Mai 1936, p. 910-921). — Le cobaye est l'animal réceptif de choix. Le sang sera injecté avant le 6e jour à la dose de quelques centimètres cubes par voie intra-péritonéale et non par voie sous-cutanée. Le liquide céphalo-rachidien est prélevé dans les mêmes délais, centrifugé, le culot de centrifugation inoculé indifféremment sous la peau ou dans le péritoine. L'urine fraîche recueillie aussi aseptiquement que possible et centrifugée est inoculée sous la peau tous les jours à partir du 15e jour, car la virulence des spirochètes est souvent très faible.

La maladie expérimentale du cobaye est souvent très fruste. On met le spirochète en évidence dans le sang du cœur, dans les urines et dans certains viscères.

Les cultures peuvent être pratiquées à partir du sang, du liquide céphalo-rachidien et des urines ou du foie, du rein et de la surrénale du cobaye. Le milieu couramment employé est celui de Reiter-Ramme. Quel que soit le milieu employé, un pH de 7,6 à 7,8 est une condition formelle; la température optimum est de 29°.

Le séro-diagnostic est le procédé qui a le plus d'importance pratique. S'il ne peut donner de résultats positifs qu'après le 10e jour, il a l'avantage d'être toujours praticable à partir de ce moment et de fournir une réponse en quelques heures. On utilise le séro-diagnostic par agglutination de Martin et Pettit, avec le sérum, le liquide céphalo-rachidien ou l'urine. Le séro-diagnostic par lyse de Schüffner, analogue dans son principe, est assez différent dans les modalités de lecture. Le test d'adhésion de Brown et Davis est basé sur le phénomène que des particules microscopiques, des corps bactériens ou des plaquettes sanguines viennent adhérer aux spirochètes plongés dans un sérum immun.

On peut encore pratiquer la réaction des immunisines, la réaction de déviation du complément et un précipito-diagnostic.

L'importance des données microbiologiques est surtout grande dans les formes atypiques de la spirochétose ictéro-hémorragique, anictérique, méningée pure, etc... Même dans ces formes, le sang demeure l'humeur fondamentale à étudier.

ROBERT CLÉMENT.

LA SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS

M. Duvoir et **L. Pollet.** ***Les acidoses salicylées*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, t. 12, n° 7, 1er Avril 1936, p. 193-201). — Certaines substances engendrent dans l'organisme des désordres qui paraissent relever moins de leur toxicité propre que des modifications physico-chimiques qu'elles entraînent dans les humeurs. Il en est ainsi pour l'acide salicylique et ses dérivés qui provoquent parfois une rupture de l'équilibre acido-basique du sang dans le sens de l'acidose.

Dans la majorité des cas, l'agent nocif est le salicylate de soude utilisé par voie buccale, en lavement ou en injections intra-veineuses. Les doses fortes sont les plus dangereuses; cependant des accidents ont été observés chez un enfant de 5 ans qui ne recevait qu'un gramme par jour. L'existence de troubles digestifs et le jeûne prolongé peuvent favoriser l'acidose, mais il existe une susceptibilité individuelle. Le salicylate de méthyle peut aussi provoquer ces accidents; il s'agit, en général, d'ingestion par méprise de ce produit réservé à l'usage externe. L'acide salicylique en nature est rarement en cause. On a cité un fait d'intoxication aiguë par l'acide acétylsalicylique.

Il n'y a pas de tableau clinique précis, car l'acidose n'est jamais pure, il s'y surajoute les signes de la maladie coexistante, ceux de l'intoxication causale et quelquefois une auto-intoxication complexe.

Comme les autres acidoses, l'acidose salicylée est annoncée par une torpeur progressive et un type respiratoire particulier (dyspnée de Kussmaul). La torpeur peut être, au début, remplacée par de l'agitation et même du délire. Elle fait ensuite place à un coma plus ou moins profond, à tendance hypothermique, mais quelquefois thermique. Le coma ne s'accompagne d'aucun signe neurologique de localisation lésionnelle. On a signalé en outre, des vomissements précoces, des soubresauts et même des convulsions généralisées, etc.

L'évolution et les pronostics dépendent de l'intensité de l'acidose et de la précocité du traitement. Le pronostic est d'autant plus sévère que l'enfant est plus jeune.

L'acidose salicylée n'est pas une acidocétose, mais une acidose pure comme celle qu'on peut observer dans l'urémie.

Le mécanisme est encore incertain.

La prophylaxie consiste à toujours ajouter une dose double de bicarbonate de soude au salicylate de soude prescrit. En cas d'ingestion accidentelle ou volontaire d'acide salicylique ou de ses dérivés, il faut pratiquer un lavage d'estomac avec une solution bicarbonatée concentrée. En cas d'acidose constituée, la cure salicylée sera immédiatement suspendue et l'alcalinisation massive de l'organisme recherchée par toutes les voies.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE
(Paris)

Ameuille, Israël et **Mlle Delhomme.** ***Lésions terminales du poumon tuberculeux*** (*Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie médico-chirurgicale*, t. 12, n° 7, 1935, p. 745-767). — L'autopsie des tuberculeux pulmonaires révèle constamment des lésions dans des territoires que les derniers examens cliniques et radiographiques, pratiqués quelques jours avant la mort, avaient montré indemnes. Il y a donc lieu de voir dans ces lésions terminales, qui occupent de grands territoires pulmonaires, la cause directe de la mort des phtisiques.

Ces lésions consistent en œdèmes, hépatisations, splénisations, dont A., I. et D. donnent de minutieuses descriptions macroscopiques et microscopiques. Elles appartiennent au groupe des lésions tuberculeuses exsudatives: exsudation séreuse et fibrineuse dans les alvéoles, hémorragies, réaction des cellules alvéolaires qui sont gonflées et en partie desquamées. On y trouve d'ailleurs associées des lésions folliculaires ébauchées et des foyers de nécrose caséeuse. Les bacilles de Koch y sont toujours présents.

La nature tuberculeuse de ces lésions est donc certaine. A., I. et D. recherchent comment elles se produisent: ils ont étudié l'état des bronches et des vaisseaux, dont les petits éléments sont seuls lésés à l'exception des troncs importants. Ils pensent que c'est par une inondation bacillaire des territoires restés sains, par la voie bronchique, que ces lésions terminales se produisent. Le manque de réaction des phtisiques à la dernière période, « en équilibre instable », explique que ces lésions passent le plus souvent inaperçues en clinique.

P. MOULONGUET.

Rutishauser et **Barbey.** ***Surrénalite méningococcique aiguë (Syndrome de Waterhouse-Friderichsen)*** [*Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie médico-chirurgicale*, t. 13, n° 2, Février 1936, p. 143-177]. — Compte rendu très complet et vraiment modèle d'une autopsie de femme adulte, dans un cas de mort foudroyante, en quelques heures, avec état fébrile, coma, hypotension et éruption purpurique. L'autopsie révèle une surrénalite hémorragique et des lésions inflammatoires discrètes de nombreux organes, dans lesquelles on retrouve un diplocoque Gram négatif. Il s'agit d'un syndrome de Waterhouse-Friderischsen, méningococcémie suraiguë.

R. et B. résument, d'après les observations déjà publiées, les caractères cliniques, sérologiques et histologiques de cette septicémie foudroyante. L'agent causal en est, en règle, le méningocoque D.

On trouvera tout particulièrement étudiés dans cet article les troubles de l'azotémie, de la glycémie et de la chlorémie (constatés dans l'observation) et leur relation avec les différentes lésions des glandes endocrines (surrénale, médullaire et corticale, îlots de Langerhans du pancréas) et des parenchymes rénaux et hépatiques.

Enfin, R. et B. insistent sur deux lésions frappantes de leur autopsie: des foyers de myosite de la langue, du pharynx, du diaphragme et du myocarde et une lésion pulmonaire consistant en nodules giganto-cellulaires dont ils discutent la nature sous le nom d'élastico-diérèse pulmonaire.

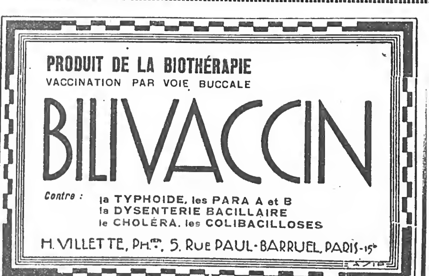
P. MOULONGUET.

Ungar, Grossiord et **Brincourt** ***Le phrénique, nerf vaso-moteur histaminergique du poumon*** (*Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie médico-chirurgicale*, t. 13, n° 2, Février 1936, p. 189-202). — L'action de la phrénicectomie sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire ne se résume sans doute pas à la paralysie de l'hémidiaphragme (Sergent).

U., G. et B. donnent une démonstration qui paraît définitive de l'action vasomotrice du nerf phrénique sur le poumon: en excitant le bord périphérique du phrénique cervical, ils produisent des lésions d'hyperémie, de stase et d'exsudation séreuse et hémorragique dans les alvéoles. Ces effets ne sont pas dus à l'abaissement forcé du diaphragme parce qu'elles se produisent aussi bien à thorax ouvert qu'à thorax fermé, et chez un animal dont le phrénique a été sectionné au ras du diaphragme; elles sont d'ailleurs bilatérales après excitation d'un seul phrénique.

Quel est le trajet des fibres nerveuses? elles quittent la moelle par les racines postérieures (trajet antidromique), elles suivent le phrénique cervical jusqu'à son anastomose avec le sympathique par où elles passent dans le ganglion étoilé, puis de là dans les filets efférents de ce ganglion qui vont aux deux poumons.

Ces fibres rentrent dans le groupe des nerfs his-


PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
VACCINATION PAR VOIE BUCCALE
BILIVACCIN
Contre : la TYPHOIDE, les PARA A et B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
le CHOLÉRA, les COLIBACILLOSES
H. VILLETTE, Ph^{ien}, 5, Rue PAUL-BARRUEL, PARIS-15^e


SAINT GALMIER
SOURCE
BADOIT

laminergiques que Lewis, Tinel et ses élèves ont individualisés. On sait que ce sont, à côté des nerfs cholinergiques (parasympathiques) et adrénergiques (sympathiques), des fibres répandues dans toute l'étendue du système nerveux viscéral. Les nerfs histaminergiques agissent en déclenchant une sécrétion tissulaire d'histamine, ce qui peut être démontré par l'augmentation de la sécrétion gastrique que leur activité détermine, et aussi par la similitude de leurs effets avec ceux d'une injection intraveineuse d'histamine. Or, c'est le cas de l'excitation du nerf phrénique au cou.

U., G. et B. tirent de leurs recherches des considérations sur le rôle des nerfs histaminergiques dans la pathologie pulmonaire: ils seraient spécialement responsables des processus congestifs, peut-être aussi des infarctus et de l'œdème aigu du poumon. La phrénicectomie, supprimant certaines de ces fibres, mais certainement pas toutes, réduirait ainsi chez les tuberculeux les risques de poussées congestives.

P. Moulonguet.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

C. Levaditi, A. Vaisman et Mlles **R. Schœn** et **Y Manin,** en collaboration avec **M. Païc, P. Haber** et **N. Constantinesco.** ***Recherches expérimentales sur la syphilis*** (Deuxième mémoire) [*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **56**, n° 3, Mars 1936, p. 251-306]. — Ce mémoire relate les résultats de recherches expérimentales sur le virus syphilitique poursuivies de 1932 à 1935.

Cultivé dans l'organisme d'espèces animales éloignées de celle de l'homme et des anthropoïdes (lapin, souris) le virus syphilitique subit des modifications appréciables de son activité pathogène si l'on en juge d'après les signes cliniques et l'évolution des accidents locaux qu'il provoque. Une souche hautement virulente pour le lapin se révèle peu active ou exempte de virulence chancrigène tant pour l'homme que pour le Troglodytes Niger. La même souche, entretenue depuis vingt-sept ans sur le lapin, avant subi un seul passage sur la souris blanche, s'est révélée pathogène pour un autre chimpanzé neuf.

La présence du *Treponema pallidum* dans le système lymphatique périphérique des souris syphilisées expérimentalement par voie sous-cutanée est due au développement *in situ* de la forme végétative du virus syphilitique et non pas à un entraînement passif de cadavres spirochétiens que le greffon sous-cutané renferme jusqu'au trentième jour.

De nouvelles expériences réalisées soit avec un névraxe virulent (quoique apparemment exempt de tréponèmes) de souris syphilisées, soit avec des néoplasmes contenant du virus syphilitique pathogène pour le lapin, confirment la conception d'un cycle évolutif du virus de la syphilis comportant une phase végétative tréponémique et une autre infra-visible parfaitement pathogène.

Des essais pour différencier par un artifice expérimental les deux phases du virus spécifique ont échoué. Ni les radiations du radium, ni le rayonnement total de la lampe à mercure, ni la glycérine ne modifient le comportement de l'une ou l'autre forme du virus syphilitique.

Robert Clément.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

E. Eizaguirre (Saint-Sébastien). ***La silicose pulmonaire (Pathogénie et étude clinico-radiologique)*** [*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. **11**, n° 1, 1936, p. 1-38]. — Ayant observé, dans un service de tuberculeux à l'hôpital, un sujet présentant des ombres radiographiques importantes qui contrastaient avec la conservation d'un bon état général, l'existence à l'auscultation de quelques signes de bronchite avec diminution du murmure vésiculaire, l'expectoration muco-purulente, l'absence de température et l'absence de bacille de Koch après homogénéisation, E. fit une enquête sur les conditions de travail de ce malade. Son labeur consistait à décaper des pièces de fonte souillées de particules de sable provenant des moules, à l'aide d'un jet de sable fin projeté sous pression par un manche en l'air. L'atmosphère de l'atelier était si surchargé de poussières que l'usage de scaphandre était nécessaire. Mais les ouvriers se dispensaient souvent de se servir de cet appareil rendant le travail pénible et, d'autre part, aucun des types de scaphandre utilisé n'empêchait l'entrée de la poussière qu'on retrouvait toujours à l'intérieur de ceux-ci.

La poussière était constituée pour 53 pour 100 par des grains de sable quartzeux et quelques rarissimes grains d'oxyde ferrique et de charbon minéral, et pour 47 pour 100 des mêmes substances à l'état pulvérulent.

Les autres ouvriers travaillant ou ayant travaillé dans les mêmes conditions présentaient des lésions analogues.

A propos de ces observations illustrées de clichés radiologiques et de figures histologiques, E. passe en revue les discussions pathogéniques soulevées par le problème de la pénétration des poussières jusqu'aux alvéoles et de la formation de la fibrose.

L'examen radiologique est indispensable pour poser un diagnostic précoce de silicose, les symptômes de début, catarrhe banal des voies respiratoires avec toux peu accentuée et légère expectoration, sans atteinte de l'état général, étant très banaux.

Il existe 3 degrés radiologiques de la silicose: le premier est caractérisé par une accentuation des ombres ganglionnaires et broncho-vasculaires du hile qui ne permet pas un diagnostic certain. Mais il y a souvent une image réticulaire fine témoignant une légère fibrose interlobulaire. Au deuxième degré, l'aspect est celui de la granulie: pointillé dont les unités nodulaires disséminées varient de volume, s'ajoutant à l'image du premier degré. Le troisième degré est caractérisé par l'existence de masses denses dues à la progression de la sclérose, surtout dans les régions moyennes du poumon.

Le diagnostic différentiel est difficile à poser au début avec la bronchite chronique, puis avec la tuberculose fibreuse. La conservation de l'état général, l'absence de fièvre, la bacilloscopie négative contrastant avec l'importance des signes radiologiques militent en faveur de la silicose.

Robert Clément.

Juan B. Morelli et **Alberto C. Morelli.** ***Dysgénésie familiale du système respiratoire (Etude clinique et radiologique)*** [*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. **11**, n° 1, 1936, p. 61-79]. — C'est l'histoire d'une famille dont 6 membres (le père, 2 oncles et 3 fils, et peut-être le grand-père), présentent des lésions congénitales du thorax, des poumons, de l'artère pulmonaire et du système angio-hématique.

Deux sujets présentent toutes les altérations qui composent la série; chez les autres, elles ne sont qu'ébauchées.

La déformation thoracique est un aplatissement transversal de la base du thorax: c'est presque un thorax en carène, mais seulement dans sa partie inférieure.

5 malades sur 6 ont une lésion de l'artère pulmonaire. Elle est bien tolérée si elle n'est pas trop accentuée; plus tard, elle s'accompagne de dyspnée d'effort et parfois de décubitus. Sur les clichés radiologiques, l'artère pulmonaire est dilatée, surtout à son origine et toujours plus opaque. Dégénérescence ou inflammation congénitale, la lésion de l'artère pulmonaire évolue comme une maladie active et progressive. Elle s'accompagne du cortège habituel de symptômes des cas primitifs d'artérite ou d'artério-sclérose de la pulmonaire: surcharge de la circulation pulmonaire et répercussion sur le cœur droit. Au point de vue du syndrome fondamental et de l'évolution, ces malades sont des cardiaques noirs par artérite pulmonaire.

L'appareil respiratoire présente des altérations chez tous les sujets: ombres hilaires plus ou moins marquées, engorgement total des vaisseaux et injections périlobulaires, irrégularité du diamètre des bronches avec atonies et spasmes alternés. La lésion la plus intéressante est celle qui se présente chez 2 d'entre eux: les kystes gazeux du poumon. Ils peuvent avoir toutes les dimensions depuis un lobe jusqu'à un grain de mil, uniques ou multiples et, dans ce cas, réunis en grappes ou criblant un poumon. On peut trouver en certains points l'aspect radiologique de processus agénésique, dans d'autres d'hypergénésie. C'est le tableau de la maladie kystique du poumon.

Enfin, il existe chez ces sujets un complexe angiohématique dont le premier élément est constant et le deuxième variable: érythrémie et syndrome endothélio-hémorragique. La cyanose s'observe à un degré variable chez tous les sujets.

Robert Clément.

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

J.-C. Bloch et **J. Zagdoun.** ***Le traitement des plaies digitales des tendons fléchisseurs; opération de St Bünnell; technique et résultats*** (*Journal de Chirurgie*, t. **47**, n° 3, Mars 1936, p. 376-391). — Lorsque les tendons fléchisseurs ont été accidentellement sectionnés au niveau des doigts, dans l'étroit canal ostéo-fibreux qu'ils occupent, leur suture primitive est vouée à un échec certain qu'expliquent, mieux qu'une action hormonale (Bier), la pauvre vascularisation des tendons, la longueur différente de la course que doivent normalement parcourir tendon superficiel et tendon profond dans la flexion et que vient entraver leur soudure, l'épaississement cicatriciel des tendons suturés et le rétrécissement du canal fibreux au niveau de ses poulies de renvoi qu'a sectionnées le débridement longitudinal nécessaire à la suture.

L'opération que B. et Z. ont utilisée de 1929 à 1933 chez 22 blessés est celle de St Bünnell. Ce n'est pas une restauration immédiate, elle a même l'inconvénient de ne pouvoir être faite que deux mois après une cicatrisation aseptique et 6 mois après une cicatrisation secondaire de la plaie. Elle consiste, par une incision en U de l'extrémité du doigt et une autre incision arquée de la partie haute de la paume, à libérer et à extraire de leur canal ostéo-fibreux les deux tendons fléchisseurs lésés qui sont réséqués; à les remplacer par une greffe tendineuse morte (introduite dans le canal ostéo-fibreux à l'aide d'une sonde spéciale) qui est fixée à la phalangette par une ligature circulaire et suturée vers le poignet à l'extrémité dédoublée du tendon fléchisseur profond. La récupération fonctionnelle par mobilisation est commencée dès le lendemain.

Le résultat obtenu a pu être recherché chez 14 des 22 opérés; son estimation est difficile et B. et Z. la font à un double point de vue: *anatomique* suivant le degré de récupération de la flexion volontaire normale à 60° de la 3e phalange sur la seconde; *fonctionnel* d'après le degré de récupération de la flexion volontaire de la seconde phalange sur la première. Il diffère beaucoup suivant le doigt opéré, ayant donné deux succès contre un échec au pouce où un résultat favorable peut être escompté, restant imparfait pour les autres doigts où le résultat anatomique n'a été bon que dans 2 cas, et le résultat fonctionnel bon dans 6 cas, assez bon dans 6, nul dans 2 cas. La greffe, par

sa rétraction, peut entraîner un certain degré de flexion permanente sans grand inconvénient.

B. et Z. ne croient pas, ayant eu eux-mêmes un échec complet, que l'on puisse utiliser cette opération pour la restauration des grandes destructions tendineuses consécutives aux suppurations des gaines.

La solution palliative est, en pareil cas, l'ankylose en flexion des deux dernières phalanges qui permet l'appui pulpaire dans la flexion du doigt, conservée grâce à la flexion de la première phalange sous l'action des interosseux.

P. Grisel.

R. Couvelaire. ***Des péritonites d'origine pyélo-rénale*** (*Journal de Chirurgie*, t. 47, n° 3, Mars 1936, p. 392-431). — Ces péritonites en apparence primitives, bien connues au temps de Rayer (1841), oubliées depuis, ont droit de cité dans la pathologie abdominale d'urgence. Seules sont ici étudiées les véritables péritonites suppurées dépendant de lésions infectieuses du rein, du bassinet, de l'uretère, qui sont l'origine des suppurations de la loge rénale, exceptionnellement primitives, presque toujours secondaires. Les simples réactions, les épanchements aseptiques de même origine, les ruptures intra-péritonéales de collections rénales aseptiques sont écartées.

Cette étude a pour point de départ 3 observations recueillies dans le service du professeur Grégoire. C. les caractérise ainsi :

L'observation I est celle d'une lésion rénale aiguë, à évolution courte, à étapes bien tranchées : rénale, péri-rénale, péritonéale. Le diagnostic exact pouvait être évoqué.

L'observation II est celle d'une péritonite sans perforation, découverte à son stade initial, de diagnostic malaisé, et dont l'intervention chirurgicale, en drainant largement le foyer d'origine, arrêta l'évolution.

L'observation III est celle d'une lésion rénale évoluant silencieusement depuis fort longtemps, ayant détruit le rein à bas bruit avant de se révéler brutalement par une perforation directe, sans étape périnéale. Les difficultés du diagnostic étaient extrêmes.

Ces 3 observations personnelles sont suivies du résumé de 49 autres observations recueillies.

L'étude clinique d'ensemble montre qu'il s'agit d'un « abdomen aigu » « d'une urgence abdominale qui cache une surprise opératoire et qui risque de n'être qu'une découverte d'autopsie ». C. distingue et décrit successivement :

Les péritonites diffuses à allure franche et celles à allure insidieuse.

Les péritonites post-opératoires comprenant : celles qui sont réellement dues à l'acte opératoire par perforation de la séreuse au cours de l'exploration sanglante d'une affection pyélo-rénale septique ; celles se déclarant à la suite d'une opération rénale simple, ayant sûrement respecté le péritoine et qui relèvent : soit de la perforation spontanée du prolongement d'une suppuration périrénale qu'une intervention trop tardive a laissée se propager, soit de la virulence de certains germes et de conditions anatomiques favorisantes, la complication péritonéale étant indiquée par de la défense de la paroi avec brusque leucopénie succédant à une hyperleucocytose qui, dans les infections pyélo-rénales opérées évoluant normalement, ne disparaît que lentement.

Les péritonites à formes rares : septicémique, circonscrite, chronique et traumatique (par rupture traumatique intra-péritonéale d'un rein antérieurement suppuré).

Au point de vue anatomo-pathologique, ces péritonites presque toujours diffuses, à suppuration abondante, inodore, contenant des fausses membranes, sont étudiées du point de vue des lésions pyélo-rénales qui les déterminent : lithiase urinaire, infections non calculeuses, tuberculose, tumeurs malignes même. L'état du rein opposé doit être recherché soit cliniquement avant l'opération, soit au cours de l'opération, par le palper, avant de décider une néphrectomie.

La péritonite succède à une perforation spontanée du péritoine dans 85 pour 100 des cas, la lésion pyélo-rénale répondant directement à la perforation péritonéale ou bien étant reliée à elle par l'intermédiaire d'une suppuration péri-rénale ; le phlegmon périnéphrétique est un intermédiaire possible, mais non indispensable.

La péritonite survient sans perforation apparente dans 10 pour 100 des cas et les hypothèses d'une perforation méconnue, d'une origine sanguine ou lymphatique sont envisagées.

Au point de vue pronostic, la mort est certaine si les deux foyers rénal et péritonéal ne sont pas abordés et drainés, l'intervention donnant 54 pour 100 de guérisons opératoires.

Une étude de la conduite du traitement chirurgical, variable surtout en ce qui regarde le rein, termine cet intéressant mémoire.

P. Grisel.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

R. Tillier, M. Le Génissel, P. Goinard. ***Etude radiologique de l'hydatidose*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. 20, n° 5, Mai 1936, p. 273-302). — Le travail de T., Le G. et G. constitue une véritable mise au point actuelle de la question de l'hydatidose.

Les auteurs, dans leur préambule, exposent rapidement comment « l'*hydatidose non compliquée est avant tout un fait physique* » conditionné par le développement du parasite, la forme du kyste hydatique et son image radiologique étant fonction des obstacles qu'il rencontre au cours de son développement, et rappellent succinctement les *différentes phases de son évolution*.

Mais il s'agit avant tout ici d'une étude radiologique portant sur les multiples localisations des kystes hydatiques.

La part la plus importante est consacrée aux localisations thoraciques, hépatiques, spléniques et rénales.

1° *Thorax :* Les kystes endothoraciques, quels que soient leur siège ou leur origine, « bénéficient d'un contraste naturel ; sur ce fond clair les images kystiques peuvent être étudiées dans tous leurs détails ».

Les auteurs insistent sur l'idée que l'on se faisait à tort « d'une seule image exagérément schématique ». L'aspect du kyste varie avec son évolution, et, même à sa période d'état, n'est pas toujours aussi schématique qu'on l'imagine.

Visible radiologiquement, avant même d'être décelable cliniquement, c'est au stade initial (dont la durée reste inconnue) une image petite, arrondie, d'opacité homogène, de contour précis. Il est intéressant de signaler « la rapidité inattendue et variable du développement du kyste ».

Après avoir signalé les kystes multiples, les auteurs, suivant leur évolution, divisent les kystes en deux groupes : *a*) les *kystes fermés* qui, sans s'ouvrir dans une grosse bronche, restent intacts et s'amplifient dans le sens de la moindre résistance tissulaire vers la périphérie. Ces kystes ne sont, à proprement parler, ni « comme tracés au compas » (Béclère), ni « embués, un peu flous » (Sud-Américains). Leur aspect est intermédiaire entre ces deux conceptions ; souvent arrondis, ils ne présentent « presque jamais l'aspect d'un cercle rigoureux » ; *leur calcification est exceptionnelle*.

Pour les auteurs « l'aspect radiologique typique du kyste hydatique pulmonaire fermé aseptique est celui d'une opacité circonscrite homogène, à contours curvilignes réguliers, tranchant sur la transparence non modifiée du parenchyme pulmonaire ».

Mais il peut exister aussi de nombreux aspects atypiques quand le parenchyme pulmonaire est modifié par une réaction inflammatoire qui peut être extrinsèque au kyste ou originaire du kyste (kyste suppuré par exemple).

La *topographie* des kystes est variable et s'accompagne d'aspects quelque peu différents (kyste en plein poumon, parathoracique, de la base, du sommet, paramédiastinaux, très gros) et de modifications de formes.

b) *Les kystes ouverts* sont très différents suivant qu'ils peuvent se vider par les grosses bronches (kystes centraux), dans les petites bronches (kystes corticaux), près ou loin du hile, et donnent des images aériques ou hydro-aériques, qui peuvent parfois s'accompagner de réaction périkystique.

T., Le G. et G. envisagent la question du *diagnostic*, différent suivant qu'il s'agit de kystes fermés ou ouverts, et discutent les principaux diagnostics différentiels qui peuvent se poser et dont ils exposent les éléments.

Enfin, ils étudient les kystes pleuro-pulmonaires, les complications pleurales, les kystes sous-pleuraux, sus- et sous-diaphragmatiques.

2° *Foie.* — Il s'agit là d'une localisation fréquente des kystes hydatiques et la radiologie y présente le triple intérêt de confirmer l'existence d'un kyste soupçonné cliniquement ou de le révéler, de préciser sa situation et ses rapports, de rechercher toute autre localisation possible.

Il existe trois grandes variétés de kyste du foie : a) *les kystes centraux*, souvent muets, calcifiés ou non, ou gazeux, ne se manifestant que par des signes directs ; b) *les kystes à développement supérieur* ayant une symptomatologie diaphragmatique ou pulmonaire (dont l'examen devra être fait en position debout, et qui, entre autres, donnent l'image classique en brioche) ; c) *les kystes à développement inférieur* qui nécessiteront souvent, en vue du diagnostic, l'emploi de procédés de contraste (pneumo-péritoine, insufflation et opacification du côlon, insufflation et barytage gastriques).

Ici aussi T., Le G. et G. discutent les diagnostics différentiels qui peuvent se poser.

3° *Rate.* — Plus rares, et plus difficiles aussi à déceler que les kystes du foie, les kystes de la rate peuvent se traduire « par des signes de calcification, par des déformations des parois de la loge splénique », c'est-à-dire par des images ascendantes vers le thorax ou, surtout, descendantes dans l'abdomen.

Ici aussi les procédés de contraste contribuent largement à éclairer le diagnostic.

4° *Rein.* — Pour les kystes rénaux « le rôle de l'exploration radiologique est capital ; la pyélographie doit toujours être pratiquée, mais doit être complétée par une étude des signes de compression gastro-colique ».

Seul le kyste hydatique du rein calcifié, d'ailleurs rare, donne une image presque pathognomonique, le diagnostic, qui d'ailleurs nécessite le secours de la clinique, ne se posant guère qu'avec la tuberculose abcédée avec calcification de la poche.

« Dans tous les autres cas, le rôle de la pyélographie est primordial. »

Ici aussi, il peut s'agir : 1° De *kystes fermés*, tantôt polaires supérieurs, tantôt de la convexité, tantôt de kystes ayant « perdu droit de domicile dans la loge rénale », véritables tumeurs abdominales.

T., Le G. et G. exposent les diagnostics qui peuvent se poser et pensent qu'il est plus aisé de diagnostiquer le kyste hydatique lui-même que sa situation réelle, hépatique, splénique ou rénale que peut cependant aider la radiologie. 2° De *kystes ouverts.*

5° *Localisations diverses.* — Après avoir rappelé l'*ensemencement péritonéal*, T., Le G. et G. passent en revue les autres localisations possibles des kystes


TRAITEMENT RATIONNEL ET PRATIQUE DES MALADIES
& AFFECTIONS
GASTRO-INTESTINALES
VOIE STOMACALE
BIS-KA-MA
BISMUTH KAOLIN COLLOIDAL MAGNÉSI
MUCILAGE VÉGÉTAL
Marque Dépos
POUDRE
CONSTIPATION: UNE CUILLER A SOUPE LE MATIN A JEUN DANS UN VERRE D'EAU
ESTOMAC: UNE CUILLER A CAFÉ DANS UN PEU D'EAU AVANT OU APRÈS LES REPAS
BIS-KA-MA
DRAGÉES
MÊMES PRINCIPES ACTIFS QUE BIS-KA-MA POUDRE
BIS-KA-MA
DRAGÉES
MODE D'EMPLOI: SUCER LENTEMENT 1 A 4 DRAGÉES AU MOMENT DES DOULEURS DES BRULURES
BIS-KA-MA
Laboratoires
du Dr Pierre ROLLAND
et DURET et RÉMY réunis
15, Rue des Champs,
Asnières (Seine)
SITSA
VOIE RECTALE
GRANULÉ MUCILAGINEUX
A ÉMULSIONNER DANS L'EAU POUR LA PRÉPARATION DU LAVEMENT PANSEMENT RECTO-COLIQUE BIS-KA-MA
BIS-KA-MA
PANSEMENT RECTO-COLIQUE
UNE MESURE DANS 75cc D'EAU TIÈDE OU 2 MESURES DANS 150cc SUIVANT INDICATIONS DU MÉDECIN
BIS-KA-MA
SUPPOSITOIRE
ADULTES-1 à 2 SUPPOSITOIRES PAR 24 HEURES SAUF AVIS CONTRAIRE DU MÉDECIN

hydatiques : *cerveau, muscles, os,* c'est-à-dire l'hydatidose osseuse qui, outre les aspects kystiques caractéristiques, s'accompagne d'aspects réactionnels de l'os (au début d'ordre mécanique, plus tard avec tendance à l'infection rendant l'image moins typique); ils insistent particulièrement sur le diagnostic différentiel de cette localisation du kyste hydatique et plus spécialement sur sa localisation vertébrale.

Enfin, dans un dernier paragraphe, T., Le G. et G. rappellent « qu'après l'intervention la radiographie demeure l'indispensable collaboratrice du chirurgien », et même longtemps après celle-ci « pour surveiller l'apparition des récidives locales ou à distance ».

MOREL KAHN.

REVUE D'IMMUNOLOGIE (Paris)

R. Turpin. ***De l'influence des qualités héréditaires sur la sensibilité des animaux à l'égard des maladies infectieuses*** (*Revue d'Immunologie*, t. 2, n° 1, Janvier 1936, p. 54). — La clinique nous enseigne que, par ses qualités héréditaires, l'homme peut se protéger plus ou moins bien contre les maladies infectieuses, la tuberculose, le cancer. Mais il est très difficile d'en étudier chez lui le mécanisme. Aussi est-ce à l'expérimentation que l'on devra surtout avoir recours. Les exemples sont bien connus d'espèces animales réfractaires à certaines maladies, alors que d'autres, parfois très voisines, y sont sensibles. Mais ces différences, qui sont évidentes quand on compare les espèces animales, sont bien moins nettes si l'on n'envisage que des races ou des individus d'une même espèce. Par l'expérimentation, on est arrivé à recueillir un certain nombre de faits précis sur l'influence des qualités héréditaires, sur la sensibilité des animaux à l'égard des infections. L'action des facteurs génétiques est certaine sur la sensibilité relative des individus d'une même race. De toute façon, de telles recherches doivent être faites sur un nombre considérable d'animaux qui seront éprouvés à l'âge adulte, après la naissance de leur progéniture, afin que celle-ci puisse être triée en fonction des résultats obtenus. D'autres difficultés proviennent de la souche d'épreuve dont la virulence doit se maintenir pendant longtemps constante, mais surtout de la sélection des animaux pour l'expérience. Ceux-ci doivent provenir d'une lignée absolument pure, et l'idéal serait que tous soient capables de réagir de la même façon et qu'ils transmettent cette propriété à leurs descendants. Dans aucune expérience de sélection on n'est encore parvenu à isoler une lignée homozygote dont tous les individus réagissent de la même manière à l'infection expérimentale. Enfin, les animaux doivent avoir été complètement à l'abri d'épidémies qui auraient pu leur conférer un certain degré d'immunité non pas héréditaire au sens propre du mot, mais acquise et partiellement transmissible à la génération suivante.

J. BRETEY.

ARCHIVES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE (Marseille)

L. Cornil, M. Mosinger et **A.-X. Jouve.** ***Les lésions rénales dans les endocardites malignes*** (*Archives de médecine générale et coloniale*, t. 5, n° 2, 1936, p. 33-60). — C., M. et J. ont fait une étude des lésions histologiques des reins dans 9 cas d'endocardite maligne, de marche aiguë, subaiguë et lente. Les germes identifiés par hémoculture appartiennent le plus souvent au groupe des strepto-entérocoques; dans un cas, il s'agissait d'un streptocoque hémolytique; dans un autre, d'un entérocoque. L'âge des malades variait de 13 à 64 ans. Il s'agissait de formes cliniques ne présentant pas de manifestations rénales de premier plan : dans aucun cas, il n'y a eu d'hématurie macroscopique; les hématuries microscopiques font défaut dans 2 cas. Le taux de l'albuminurie oscillait de 0 gr. 25 à 2 gr., celui de l'urée sanguine de 0,35 à 0,66. Pas d'œdème important, pas d'hypertension artérielle.

Quatre fois, on a constaté la présence d'infarctus au niveau des reins. Les lésions glomérulaires sont constantes dans la plupart des observations. On a observé 2 types de tubulite : périglomérulitique et diffuse, plusieurs variétés réactionnelles parmi les lésions interstitielles. On a constaté seulement dans 2 cas des lésions vasculaires.

Dans les formes à marche rapide, du type Senhouse-Kirkes, il existait uniquement une glomérulite aiguë diffuse sans processus parcellaire.

Dans les formes prolongées évoluant en quelques mois, on constate tous les modes de réaction : nombreux infarctus infectants, glomérulite généralisée sclérosante, tubulite desquamative, infiltration interstitielle abondante au voisinage des infarctus.

Dans les formes à marche lente, type Osler, on constate une grande diversité de lésions et toutes les formes de passage, depuis le type aigu, glomérulite aiguë diffuse avec infarctus suppuré, jusqu'au type prolongé (lésions focales avec infarctus non infecté).

La glomérulite parcellaire est une lésion souvent rencontrée au cours de l'endocardite maligne. Elle est particulièrement fréquente au cours des formes à évolution lente, mais ne présente pas le caractère de spécificité qu'on a cru pouvoir lui attribuer.

Les manifestations emboliques appartiennent essentiellement aux formes aiguës ou subaiguës. Lorsque l'évolution se prolonge, de nouveaux facteurs interviennent. C'est alors que se produisent la mobilisation de petits blocs de fibrine, les embolies microbiennes microscopiques responsables de certaines lésions parcellaires. C'est alors que le rein sensibilisé aux protéines nées de ces végétations pourrait se prêter à des phénomènes nécrosants ou que l'action de toxines nées de germes endocardiques est susceptible de déterminer des lésions glomérulaires fragmentaires.

ROBERT CLÉMENT.

J. Vague et **H. Haimovici.** ***Accidents hépato-rénaux post-opératoires*** (*Archives de médecine générale et coloniale*, t. 5, n° 3, 1936, p. 81-96). — Chez un homme de 51 ans, alcoolique, paludéen, dont l'azotémie était de 0,40, une opération pour cholécystite à l'anesthésie loco-régionale à la percaïne fut suivie d'accidents mortels. Le lendemain de l'opération, agitation extrême et délire et malgré une transfusion, des injections de sérum, l'agitation augmente et la mort survient trente-huit heures après l'intervention. L'examen histologique du foie et des reins a montré une tubulo-néphrite suraiguë et une sclérose hépatique avec réaction cellulaire en partie dégénérative, en partie hyperplasique.

A propos de ce cas et de 4 autres observations recueillies dans la littérature, V. et H. passent en revue les accidents hépato-rénaux post-opératoires. L'ictère est rare en dehors des accidents consécutifs à la chloroformisation. L'azotémie post-opératoire a été récemment mise en valeur. L'association de signes hépatiques et rénaux est plus fréquente après les interventions hépato-biliaires. Les accidents hémorragiques rentrent dans les signes classiques de l'insuffisance hépatique et de l'ictère grave.

Le syndrome toxique se manifeste par un ensemble de signes nerveux (délire, convulsions, coma), de symptômes digestifs (vomissements), respiratoires et cardio-vasculaires (hypo-tension, etc.).

L'examen clinique et les recherches biologiques (recherche de l'azote, des polypeptides, de la créatine et de la créatinine, du chlore globulaire et plasmatique) ont une certaine importance. On pourra ainsi opposer aux accidents hépato-rénaux post-opératoires un traitement biologique, mais malgré la thérapeutique employée, le syndrome est souvent mortel, en quelques jours, parfois en plus d'une semaine.

ROBERT CLÉMENT.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD (Lille)

René Pierret et **P. Bournoville.** ***L'hétéro-hémothérapie (injections intra-musculaires du sang des parents) dans le traitement des broncho-pneumonies de l'enfant*** (*L'Echo médical du Nord*, t. 5, n° 17, 26 Avril 1936, p. 676-688). — A propos d'une observation personnelle de bronchite capillaire où une injection intra-musculaire de 10 cmc de sang d'un oncle avait fait tomber la température en 48 heures, P. et B. résument 12 observations de broncho-pneumonies améliorées par des injections de sang humain pratiquées entre le 5e et le 10e jour.

Ces injections intra-musculaires sont d'une innocuité complète à la condition de n'injecter que 10 cmc de sang total et de répéter en des points différents ces injections 3 jours de suite. Ce procédé, qui n'exclut pas d'ailleurs les traitements habituels des affections pulmonaires aiguës de l'enfance, s'y associe avantageusement et peut, dans certains cas heureux, dès sa première application, amener une amélioration sensible, souvent renouvelée après chaque injection.

Une amélioration très nette de l'état général et local et la baisse de la température ont été observées après chacune des 4 injections intra-musculaires de sang dans une pneumonie grippale chez un sujet de 80 ans.

ROBERT CLÉMENT.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

R. Fabre (Bordeaux) et **G. Pailloux** (Puisséguin). ***Le traitement de l'hypertension artérielle par l'autohémothérapie*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 57, n° 10, 8 Mars 1936, p. 153-158). — Chez 10 sujets, dont la tension artérielle a été déterminée avec l'oscillographe de Boulitte, l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse de 25 à 30 cmc de sang prélevé immédiatement au pli du coude a déterminé une baisse de la pression artérielle. 10 minutes après l'injection autohémothérapique, la tension maxima baisse de 3 à 6 cm. de mercure, la minima, de 1 cm. en général. Cet abaissement de la pression se maintient et est quelquefois augmenté à la suite des injections répétées à 4 ou 5 reprises.

Cette médication provoque aussi la disparition des troubles subjectifs qui accompagnent si souvent l'hypertension. Les malades signalent un état de bien-être depuis longtemps inconnu pour eux.

Pour expliquer la chute presque immédiate de la pression artérielle et le maintien fréquent des nouvelles valeurs, on en est réduit aux hypothèses. Mécanisme réflexe, association fonctionnelle, modification humorale peuvent être invoqués pour expliquer la chute rapide de la tension.

Pour le maintien de la tension à des taux nettement inférieurs, F. et P. font appel à un mécanisme de défense comparable à ceux de l'immunité active. L'auto-hémothérapie ferait apparaître dans l'organisme des réactions de défense qui contrebalanceraient le facteur provocateur de l'hypertension, à savoir la modification de l'équilibre physico-chimique du plasma et des liquides circulants.

Quel que soit le mode d'action de l'autohémothérapie, ses résultats sur l'hypertension artérielle et ses symptômes subjectifs sont une réalité, qui font de cette méthode le traitement de choix de nombreux cas d'hypertension artérielle.

Robert Clément.

J. Montpellier, R. Deuzeide et **F. Vicrey.** ***Sarcome infectieux vénérien du chien (Sarcome de Sticker)*** [*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **57**, n° 12, 22 Mars 1936, p. 178-181]. — Le sarcome infectieux des organes génitaux externes du chien consiste en nodules saillants, plus ou moins papillaires, siégeant électivement sous les organes génitaux externes, mais pouvant se développer éventuellement ailleurs (tête, jambes). Ces nodules n'atteignent pas un volume considérable, ils peuvent régresser, ils ne déterminent qu'exceptionnellement des métastases.

Ces tumeurs sont contagieuses: elles se transmettent entre animaux au cours de l'accouplement; expérimentalement, les inoculations de tissu broyé sont positives dans 72 pour 100 des cas, soit par injection, soit par dépôt sur une surface génitale scarifiée.

Dans le cas rapporté, il s'agit d'une tumeur essentiellement lympho-sarcomateuse avec évolution partielle réticulo-endothéliomateuse.

Ce type tuméral est une preuve typique des liens qui unissent le groupe des réticulo-sarcomes au groupe des lympho-sarcomes.

Le caractère de contagiosité non douteux de ces tumeurs sarcomateuses en fait pour le moment une affection un peu spéciale parmi les tumeurs malignes susceptibles d'apparaître sur l'animal.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

P. Bonnet et **G. Bonamour.** ***Les signes ophtalmoscopiques de l'hypertension artérielle. Leurs variations au cours de l'évolution de la maladie hypertensive*** (*Journal de médecine de Lyon*, t. **17**, n° 389, 20 Mars 1936, p. 197-209). — L'ophtalmoscopie apporte des données physiopathologiques intéressantes à confronter avec l'analyse des signes au cours de l'évolution de la maladie hypertensive. Les altérations de la rétine, que l'on constate chez les hypertendus, doivent être intégrées dans le cadre de la pathologie générale.

L'hypertension artérielle est l'occasion de troubles vasculaires de la circulation rétinienne. Elle engendre des altérations des vaisseaux et de la rétine caractéristiques dont la découverte fortuite permet de diagnostiquer une hypertension insoupçonnée et cliniquement latente.

L'hypertension rétinienne solitaire se traduit d'abord par l'élévation de la tension de l'artère centrale de la rétine. Dès cette époque, il y a des spasmes des vaisseaux rétiniens que l'ophtalmoscope peut saisir.

Les signes de début de l'artério-sclérose rétinienne se manifestent au niveau des artères par un reflet lumineux, mince ligne brillante, illuminant l'axe du vaisseau, une coloration rose jaunâtre, des irrégularités de calibre, des ondulations.

Le début de la rétinite coïncide en général avec certains troubles.

A la phase organique, l'hypertension artérielle se manifeste par des lignes blanches qui paraissent souligner les artères de la rétine. Au niveau des croisements artério-veineux, la veine est la plupart du temps écrasée, il y a quelquefois petites suffusions hémorragiques et thromboses veineuses véritables. A cette période, les plaques blanches apparaissent sur le champ de la rétine.

L'œdème rétinien est le signe essentiel de la rétinite hypertensive, mais y sont très fréquemment associés, des exsudats, des hémorragies et des altérations vasculaires.

A la phase d'involution, il existe des lésions lacunaires de la rétine, petites taches arrondies à bords irrégulièrement estompés, blanc jaunâtre, se détachant mal sur le fond rétinien.

Chez des sujets relativement jeunes, mais séniles précoces on observe dans le fond d'œil les lésions vasculaires du fond d'œil des vieillards de 80 ans: artères au calibre rétréci, rigides, de coloration très claire. Certaines artères sont transformées en un mince filament, d'autres sont interrompues, comme oblitérées par segment. Les veines sont également rétrécies.

La rétinite hypertensive traduit l'intolérance des capillaires de la rétine à une hypertension évolutive et grave; elle est le signe annonciateur de la défaillance de toutes les voies circulatoires terminales; elle indique la mort à brève échéance.

Avec l'ophtalmoscope, en constatant les altérations des artères de la rétine, on peut se faire une idée de ce qui se passe dans les autres organes.

Robert Clément.

P. Bonnet, J. Dechaume, P. Wertheimer, L. Paufique et **E. Blanc.** ***Les neuro-papillites à virus neurotrope*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. **17**, n° 389, 20 Mars 1936, p. 213-229). — Un certain nombre de papillites sont d'apparence primitive et constituent à elles seules tout le tableau clinique, l'examen neurologique notamment est négatif. Lorsqu'on a pu éliminer les maladies générales, syphilis, azotémie, ou les infections de voisinage, on peut se demander si ces lésions ne sont pas dues à un virus neurotrope encore inconnu ayant une affinité pour le nerf optique.

Dans les trois premières observations rapportées concernant des sujets entre 25 et 49 ans, les symptômes ophtalmologiques constituaient à eux seuls le tableau clinique. Dans les trois suivants, il y avait association d'autres symptômes permettant d'affirmer une atteinte plus étendue du névraxe. La septième met en évidence les séquelles à longue échéance d'une telle affection.

Les manifestations cliniques de la neuro-papillite sont variables, mais on retrouve d'une façon constante un certain nombre de signes ophtalmologiques qui permettent de la caractériser. La baisse de l'acuité visuelle survient en général brutalement, mais elle peut être précédée de sensations mal définies de brouillard, plus rarement de photopsie. On peut voir rapidement se produire une amaurose complète uni ou bilatérale. Les altérations du champ visuel accompagnent constamment la baisse de la vue; c'est le plus souvent un large scotome central ou paracentral sans rétrécissement notable périphérique. Dans certains cas, cependant, on peut voir des rétrécissements du champ visuel. Dans les jours qui précèdent la baisse visuelle ou le plus souvent en même temps qu'elle, la plupart des malades accusent une sensation douloureuse profonde, à siège frontal ou périorbitaire avec irradiations possibles. La pression du globe oculaire augmente la douleur ainsi que les mouvements des yeux.

Très précocement, la papille est hyperhémiée, rougeâtre, à bords peu nets. La rétine péripapillaire est striée de teinte gris jaunâtre.

Le plus souvent, le liquide céphalo-rachidien est normal ou avec une réaction très discrète.

Les formes bénignes guérissent en quelques semaines sans laisser de séquelles ophtalmologiques. Parfois, il y a des poussées successives. Les formes graves aboutissent à la cécité ou à l'extension des lésions et à l'apparition d'un syndrome neurologique pouvant aboutir à la mort.

Ce syndrome de neuro-papillite d'apparence primitive doit être uniquement distingué du syndrome d'hypertension intra-cranienne par tumeur cérébrale. On peut se demander s'il s'agit d'une maladie autonome à virus neurotrope.

Les aspects rencontrés légitiment une thérapeutique chirurgicale: exploration de la région chiasmatique, trépanation du canal optique; mais il faut être réservé dans la promesse des résultats opératoires et prudent dans l'interprétation des succès thérapeutiques.

Robert Clément.

L. Bérard, F. Arloing, A. Morel et **A. Josserand.** ***Essais cliniques de chimiothérapie anticancéreuse par injections intra-veineuses de sels complexes dérivés des acides 1-ascorbique et déhydrascorbique (vitamine C)*** [1er mémoire]. ***Emploi de deux de ces complexes comportant du fer associé à divers métaux (ferriscorbones).*** [*Le Journal de médecine de Lyon*, t. **17**, n° 390, 5 Avril 1936, p. 245-257]. — Les injections intraveineuses de vitamine C associée au fer constituent une méthode de traitement complémentaire du cancer qui ne change rien aux indications thérapeutiques classiques.

L'activité de ce traitement est très variable suivant le type histologique des tumeurs, faible pour les néoplasmes baso- et spino-cellulaires, plus marquée vis-à-vis de certains types de cancer glandulaire.

Dans quelques cancers gastriques, il y eut amélioration fonctionnelle, reprise de l'appétit et du poids, chute de la température et arrêt des vomissements; une fois, disparition d'une volumineuse ascite. Dans 6 cas, où l'examen gastroscopique a été possible, on a constaté une nette désinfiltration des lésions.

Dans plusieurs cas de cancers inopérables de l'intestin, les injections ont diminué ou supprimé les douleurs et amélioré l'état général. L'action sur la tumeur paraît moins nette que dans les cancers gastriques ou mammaires.

Dans plusieurs cas de néoplasmes du sein, il y eut diminution des algies et assouplissement des tissus.

Dans les cancers cutanés, bucco-pharyngés ou de la langue, on a obtenu des stabilisations assez prolongées et une notable diminution du volume des ganglions cervicaux.

La vitamine C et les sels métalliques agiraient par trois mécanismes: oxydo-réduction, exaltation des propriétés fermentaires, rôle propre aux métaux.

« Ces réalisations représentent un appoint pour le présent et pour l'avenir une espérance. »

Robert Clément.

J. Graber-Duvernay (Aix-les-Bains). ***Arthrites chroniques de la hanche d'origine gonococcique*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. **17**, n° 392, 5 Mai 1936, p. 335-345). — La coecite gonococcique aiguë ou subaiguë évolue en général vers l'ankylose, la luxation ou la réparation. Plus rarement, elle peut aboutir à l'arthrite déformante. L'évolution chronique peut se faire d'emblée ou après un intervalle libre de plusieurs années.

Trois observations, deux de mono-arthrite chronique de la hanche chez des femmes de 21 et 52 ans, une d'arthrite bilatérale chez une femme de 49 ans, sont considérées par G.-D. comme de nature gonococcique. A défaut de la découverte de l'agent microbien dans l'articulation, on peut arriver à une certitude suffisante de cette étiologie grâce à la conjonction des renseignements fournis par la clinique, la radiographie et le laboratoire.

Un début subaigu franchement douloureux avec une importante limitation des mouvements, une reprise des douleurs après un intervalle libre plus ou moins prolongé permet de suspecter le gonocoque. La radiographie permet de se rendre compte de l'atteinte ostéo-articulaire: pincement très marqué de l'interligne articulaire, modification de la structure épiphysaire, déminéralisation osseuse, manquent rarement. On peut déceler le gonocoque dans les sécrétions vaginales et urétrales. La gonoréaction a été positive à un degré variable dans les trois observations. La sédimentation globulaire

accélérée à la phase d'arthrite est retombée à un niveau normal à la période de coxarthrie. Le diagnostic précoce d'arthrite gonococcique permet l'emploi de vaccin antigonococcique.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

A. Brunerie, R. Coche et **R. Mathon.** ***Syndrome pseudo-scarlatin chez un confus mental traité par chrysothérapie associée*** (*Lyon Médical*, t. **157**, n° 15, 12 Avril 1936, p. 421-426). — Chez un homme de 32 ans, présentant un syndrome de confusion mentale depuis 2 mois, avec 0 gr. 42 d'urée dans le sang et un état subfébrile, que n'avaient pas amélioré des injections intra-veineuses de sulfo-salicylate de soude, puis des injections d'huile soufrée, on associa comme traitement des injections d'huile soufrée, d'extraits hépatiques injectables et de sels d'or. Les huit premières injections sont bien supportées, puis, chez ce malade interné depuis 4 mois, apparurent brusquement une fièvre à 40°, avec tachycardie à 102 et une éruption scarlatiniforme, un érythème assez marqué de la gorge avec adénopathie sous- et rétro-maxillaire. La langue rouge sur les bords et blanche au centre n'a pas l'aspect framboisé classique, les urines ne contiennent pas d'albumine. Une semaine plus tard, la température est tombée à 37°9, mais l'éruption persiste et est suivie d'une desquamation furfuracée.

Les accidents cutanés à type d'érythème scarlatiniforme ont été souvent observés chez les malades soumis à des injections de sels d'or. Si, dans le cas présent, un certain nombre de symptômes pouvaient faire penser à la scarlatine, la formule leucocytaire montrant une éosinophilie de 16,28 pour 100 permet de penser qu'il s'agissait plutôt d'un érythème toxique scarlatiniforme. La présence de phénomènes généraux, fièvre, tachycardie accompagnant l'éruption, n'est pas contre cette hypothèse.

On a souvent remarqué l'influence heureuse de ces phénomènes. Le sujet, qui a présenté ces accidents, a été ensuite amélioré au point qu'on a pu le rendre à sa famille.

Robert Clémrnt

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Euhlmann. ***Réaction aux rayons X déclanchée par l'administration de dérivés barbituriques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 6, 7 Février 1936, p. 216-217). — Chez une malade de 45 ans traitée par radiothérapie pour un carcinome utérin apparut un exanthème généralisé correspondant à une radiodermite et qui sembla provoqué par la médication barbiturique administrée simultanément à la malade.

La réaction radiodermique serait, dans ce cas, due à la combinaison de deux facteurs, la dose de rayons X reçue par la malade étant insuffisante à la produire isolément. Un exanthème généralisé du type présenté par cette malade n'a d'ailleurs jamais été signalé parmi les accidents produits par les rayons X.

G. Dreyfus-Sée.

H. Schulte. ***Le diagnostic de l'épilepsie héréditaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 7, 14 Février 1936, p. 249-252). — Le diagnostic des accès épileptiques ne peut se poser le plus souvent que rétrospectivement par l'interrogatoire de l'entourage du malade. C'est également cet interrogatoire qui devra fournir la preuve d'une affection épileptique héréditaire. S. passe en revue les problèmes diagnostiques délicats que pose la recherche des accès larvés, des équivalents, des crises syncopales, des accès moteurs (myoclonies), des absences, des troubles du caractère, etc., aussi bien chez le malade que chez ses ascendants. De nombreuses causes d'erreur avec les névropathies, des troubles circulatoires, des affections très diverses peuvent égarer le diagnostic et faire croire à des circonstances héréditaires qui n'existent pas, ou masquer celles-ci lorsqu'elles existent réellement.

Or le médecin doit répondre en Allemagne de façon très précise à la question de l'origine héréditaire ou exogène d'une épilepsie essentielle, la première seule relevant des sanctions légales de stérilisation.

Souvent on trouve des facteurs neurologiques permettant d'affirmer la survenue accidentelle des phénomènes : facteurs obstétricaux, traumatismes, infections, etc... Parfois l'exploration clinique et humorale résout le problème, mais combien de cas demeurent douteux !

Lors d'un récent Congrès international de neurologie à Londres, beaucoup d'auteurs se sont rattachés au point de vue de Pierre Marie et de son école, affirmant qu'il n'y a pas d'hérédité spécifique épileptique, les accès n'étant à envisager que comme la résultante de divers facteurs exogènes.

Toutes ces considérations doivent inciter à la prudence et invitent à tenir compte de tous les éléments fournis par le médecin de la famille en se méfiant des résultats d'enquêtes trop systématiques souvent faussées par les réponses tendancieuses d'un public non médical convaincu de l'origine héréditaire de toutes les crises convulsives.

G. Dreyfus-Sée.

Kostakow. ***Observations cliniques de myasthénies traitées par la prostigmine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 8, 21 Février 1936, p. 296-298). — Le traitement de la myasthénie par la prostigmine est justifié par les analogies cliniques entre le tableau de la myasthénie et celui de l'intoxication par le curare alors qu'expérimentalement on connaît l'antagonisme du curare et de la physostigmine.

Dans 2 cas observés par K., les malades atteintes de myasthénie avaient été traitées sans succès par le glycocolle. L'injection de physostigmine amena par contre une amélioration immédiate notable. Malheureusement cette action est peu durable; pourtant en répétant chaque jour l'injection du médicament on peut procurer aux malades quelques heures durant lesquelles ils recouvrent une partie importante de leur activité musculaire. Si des troubles se produisaient (bradycardie, vomissements), l'adjonction d'atropine à la physostigmine permettrait de continuer la thérapeutique sans risque.

G. Dreyfus-Sée.

Braun et **Schellong.** ***Les bases constitutionnelles de l'hypertension essentielle*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 10, 6 Mars 1936, p. 371-373). — On peut différencier cliniquement 2 formes d'hypertension essentielle qui se distinguent par leur origine constitutionnelle différente. L'hypertension primitive d'origine centrale nerveuse présuppose un terrain nerveux constitutionnel. Elle est représentée essentiellement par les hypertendus jeunes mais comporte aussi des sujets âgés. Par contre la deuxième forme d'hypertension est en relation avec des troubles de la sécrétion interne ; par exemple l'hypertension de la ménopause.

Ces 2 types cliniques nettement différenciables chez les sujets jeunes sont plus difficiles à distinguer dans les cas complexes des sujets plus âgés.

Il importe pourtant de tenter de préciser ces diagnostics qui fournissent des données à la thérapeutique. En outre, des conclusions ultérieures seront à envisager en ce qui concerne la science nouvelle de la biologie héréditaire.

G. Dreyfus-Sée.

J. v. Kup. ***Altérations cutanées symétriques allergiques dans la thyréotoxicose*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 14, 3 Avril 1936, p. 538-539). — La thyréotoxicose peut provoquer l'apparition d'un eczéma apparemment symétrique atteignant les 2 mains, les 2 aisselles, etc...

Dans un cas de ce genre observé par K., l'eczéma biaxillaire résistait depuis longtemps malgré les thérapeutiques locales tentées. L'administration continue de comprimés d'extraits de glandes intestinales provoqua une amélioration nette en quinze jours et la guérison complète en quatre semaines. La suppression du médicament fut alors suivie d'une reprise de l'eczéma qui céda à une nouvelle administration médicamenteuse. D'autres symptômes de thyréotoxicose présentés par la malade furent également améliorés par le traitement.

G. Dreyfus-Sée.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Vogl. ***« Crampus Neurose » et goutte (Tableau clinique de la crampe diathésique d'origine uricémique)*** [*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 4, 24 Janvier 1936, p. 103-107]. — Dans cet article, V. critique l'affection décrite en 1904 par Wernicke sous le nom de « Crampus Neurose », maladie qui était considérée comme liée à une hyperexcitabilité durable des principaux centres musculaires de la moelle. A la faveur de 6 observations concernant des hommes de 50 à 60 ans atteints de phénomènes crampoïdes survenant à heure fixe, souvent pendant la nuit, et siégeant le plus souvent dans les masses musculaires du mollet, V. dégage la pathogénie de cette affection : ces malades présentent une hyperacidité constante des urines et du sang et sont généralement des hyperuricémiques; ils s'agit donc en somme de goutte musculaire, bien connue des anciens auteurs, et particulièrement par Scudamore, Sydenham, qui considéraient ces myalgies comme des équivalents mineurs pouvant survenir dans les intervalles de goutte articulaire. Mais, en outre, ces crampes peuvent précéder de longtemps la goutte caractérisée et prêter ainsi à de nombreuses erreurs de diagnostic (polynévrite alcoolique, artérite). Leur traitement comporte le régime habituel et l'administration de colchique. Les injections intra-veineuses de chlorure de calcium à 10 pour 100 peuvent donner quelques bons résultats.

G. Basch.

Borak et **Uiberall.** ***Action des rayons X sur les animaux hibernants*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 4, 24 Janvier 1936, p. 109-112). — De nombreux auteurs se sont préoccupés d'apprécier les différences entre l'action des médicaments chez les animaux hibernants, suivant que ceux-ci étaient ou non en période de sommeil. B. et U. ont étudié suivant les mêmes conceptions les résultats des rayons X à dose d'épilation et à dose mortelle, ces divers essais ayant pour but de rechercher si l'animal présentait la même susceptibilité vis-à-vis des rayons dans l'une ou l'autre période. D'après U., l'hibernation constitue simplement une variété du sommeil naturel, plus profonde, ressemblant au sommeil cataleptique, et se caractérisant par une élévation du seuil vis-à-vis des diverses excitations, cette hypoexcitabilité paraissant liée elle-même au refroidissement du système nerveux central. Les résultats de l'expérimentation sont les suivants : l'irradiation avec des doses de 300, 500 et 800 r. retarde l'apparition du sommeil hibernant, les animaux irradiés étant comparés avec des témoins. Chez les animaux en période d'hibernation, la radiothérapie à dose épilante n'amène pas la chute des poils, les animaux succombant du fait de la radiothérapie sans qu'aucune épilation puisse être observée. Enfin, il faut des

doses beaucoup plus fortes pour tuer l'animal en état d'hibernation qu'en état de veille et en période normale.

G. Basch.

Risak. ***Le myxœdème d'origine centrale*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 49, n° 5, 31 Janvier 1936, p. 133-135). — On peut supposer que dans certains cas, la lésion thyroïdienne, qui paraît être à l'origine d'une maladie de Basedow ou d'un myxœdème, ne constitue en réalité qu'un relai et que la lésion primitive, le *primum movens*, siège en réalité dans le système nerveux central. Partant de cette idée directrice, R. a réuni dans la clinique d'Eppinger 5 cas de myxœdème chez lesquels une lésion du système nerveux central a pu être retrouvée: encéphalite épidémique, encéphalite infectieuse, infection spécifique. Bien que les téguments de ces malades présentassent l'aspect et la consistance typiques du myxœdème, on notait cependant une séborrhée du front amenant cet aspect pommadeux du visage signalé chez les post-encéphalitiques; dans un autre cas, un vitiligo attirait l'attention vers le système nerveux. L'abaissement important du métabolisme de base authentifiait dans tous ces cas le diagnostic, mais d'importants troubles du métabolisme de l'eau, des matières minérales et des hydrates de carbone plaidaient en faveur de lésions hypophysaires. Quant au traitement de cette variété de myxœdème, il ne comporte pas d'indication bien spéciale et l'opothérapie thyroïdienne paraît tout aussi indiquée que dans les myxœdèmes sans lésion centrale.

G. Basch.

ARCHIVES OF SURGERY (Chicago)

Earl Cliffond Henrikson (Minnéapolis). ***Traitement chirurgical de la cirrhose du foie*** (*Archives of Surgery*, t. 32, n° 3, Mars 1936, p. 413-451). — Cet article étudie avant tout les résultats que l'on peut attendre du traitement chirurgical dans la cirrhose ascitique du foie. D'emblée, l'auteur montre que la multiplicité des traitements équivaut aux résultats incertains de ceux-ci. Dans les chapitres du début, il étudie l'étiologie, la classification et les symptômes des cirrhoses ascitiques du foie; il les divise en 4 grandes classes:

a) Cirrhose portale (type cirrhose de Laennec), 64 cas.

b) Cirrhose biliaire, 7 cas.

c) Cirrhose syphilitique, 7 cas.

d) Cirrhose de nature indéfinie, 6 cas.

L'étiologie indique avec évidence le rôle d'une intoxication chronique par la voie portale et avant tout le rôle de l'alcool.

H. discute longuement la pathogénie des symptômes de cette maladie et avant tout celle de l'ascite qui est due surtout à l'hyperpression portale et à l'intoxication chronique; c'est pourquoi les différents traitements logiques de cette ascite doivent tendre à réaliser les indications suivantes: diminuer l'hyperpression portale en favorisant la formation de voies sanguines collatérales, diminuer l'intoxication chronique en supprimant la cause de l'intoxication et en augmentant la valeur fonctionnelle du foie par accroissement de la circulation hépatique. La splénectomie, qui a été préconisée, peut agir par un double mécanisme en diminuant l'afflux sanguin dans le système porte et peut-être aussi en diminuant la fabrication des produits toxiques.

Dans l'article sont passés en revue les différents moyens de traitements chirurgicaux qui peuvent se résumer en 4 chapitres:

1° Production de voies circulatoires supplémentaires. l'omentopexie semble être la plus employée depuis longtemps, le grand épiploon étant engagé soit dans la région sous-péritonéale, soit dans la région pariéto-musculaire; on a pratiqué en outre des viscéropexies hépatiques ou spléniques, enfin des ligatures de vaisseaux surtout des branches portales (veines mésentériques inférieures) ont été préconisées pour favoriser l'établissement d'une circulation collatérale.

2° L'hypertension dans le système porte peut être soulagée par l'établissement d'une fistule veineuse entre la veine porte ou ses affluents et le système cave; dans un cas a été réalisée une véritable fistule d'Eck avec survie de 3 mois. En général, on a préconisé des anastomoses des veines mésentériques soit avec la veine cave, soit avec des tributaires de la veine cave.

3° Un troisième type d'opération consiste dans le drainage de l'ascite vers les plans superficiels, drainage simple, ou dans le système veineux (anastomose saphéno-fémorale).

4° Enfin, la splénectomie donne, d'après Mayo, des résultats encourageants surtout si on l'associe à une omentopexie.

La classification des résultats donne quelques encouragements. D'après H., dans l'ensemble, on observerait 65 pour 100 d'amélioration, dans le reste des cas le résultat serait nul ou la maladie serait aggravée. D'après les opérations pratiquées, il semble que les meilleurs résultats puissent être attendus de la splénectomie avec, si possible, omentopexie complémentaire (81 p. 100), l'omentopexie seule donnerait 62 pour 100 d'amélioration, l'anastomose saphéno-fémorale 47 pour 100 seulement. Ajoutons aussi qu'il faut tenir un compte très important de la gravité différente de ces opérations et proportionner l'acte opératoire à l'état général du sujet. C'est ainsi que les opérations les moins graves sont les opérations de drainage et inversement que la splénectomie ou même les fistules porto-caves sont d'un pronostic redoutable.

Pour conclure, on peut dire que ces opérations ont une mortalité assez élevée, que dans l'ensemble elles donnent une durée de survie plus longue qu'avec le simple traitement médical, celui-ci d'après l'auteur donnant seize mois de survie moyenne après début de l'ascite, la même survie passant à trente-neuf mois dans les cas opérés.

F. d'Allaines.

POLSKA GAZETA LEKARSKA (Lwow)

B. Bornstein. ***Un cas de neuro-myosite*** (*Polska gazeta lekarska*, t. 15, n° 2, 12 Janvier 1936, p. 24-26). — B. rapporte l'observation d'une jeune femme qui présenta, après une période fébrile ayant duré 15 jours et qui était accompagnée de vomissements et de diarrhée, le tableau complet de la neuro-dermato-myosite. La malade a présenté en outre une atteinte généralisée des muqueuses digestives, ce qui prouvait que le processus inflammatoire intéressait, non seulement les muscles striés, mais s'était étendu aux muscles lisses. B. souligne, chez la malade, l'existence d'une hypertrichose limitée aux cuisses, sans manifestation pigmentaire cutanée. L'origine infectieuse de l'affection semble probable.

Fribourg-Blanc.

Mlle F. Gutfreund. ***Etudes sur les bacilles diphtériques*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. 15, n° 6, 9 Février 1936, p. 107-110). — Mlle G. rapporte les résultats de recherches entreprises sur les propriétés morphologiques, biochimiques et biologiques de 192 souches différentes du bacille diphtérique. Il en résulte qu'aucune des propriétés ne peut être considérée comme absolument caractéristique d'une souche diphtérique ou pseudo-diphtérique. La reprise de l'étude des souches après plusieurs mois a démontré qu'un grand nombre d'entre elles ont subi des transformations considérables. Les souches provenant de 11 malades ont permi d'isoler simultanément des bacilles très virulents, des bacilles non virulents et des bacilles pseudo-diphtériques. A deux reprises, chez des malades atteints de pseudo-diphtérie, on a trouvé, un peu plus tard, un bacille virulent et toxique. Ces constatations permettent de supposer qu'il existe une possibilité réelle de passage d'un type déterminé dans un type différent.

Fribourg-Blanc.

REVUE ROUMAINE D'UROLOGIE

A. Banciu, A. Maisler et **Traian Katz-Galatz.** ***La maladie de Nicolas-Favre et les urétéro-cervico-trigonites proliférantes*** (*Revue roumaine d'urologie*, t. 3, n° 1, Février 1936, p. 23-29). — B., M. et K. signalent une nouvelle localisation de la maladie de Nicolas-Favre: l'*urétro-cervico-trigonite proliférante*. B., M. et K. rapportent une série de faits cliniques, histologiques et biologiques qui permettent d'identifier cette nouvelle forme extra-ganglionnaire de la maladie de Nicolas-Favre. La statistique rapportée comporte 35 cas de malades avec lésions extra-ganglionnaires, avec ulcère chronique vulvaire et réaction de Frey positive. Dans 5 cas, B., M. et K. ont trouvé à l'examen des lésions du trigone: cystite ouatée. Dans 3 cas: œdème en nappe de la lèvre inférieure. Dans 10 cas, le col vésical présentait des formations polypeuses de volume variable. Dans 5 cas: lésions urétrales à 1-1/2 cm. du méat. Dans presque tous les cas, des lésions d'urétrite chronique et surtout au niveau du col vésical.

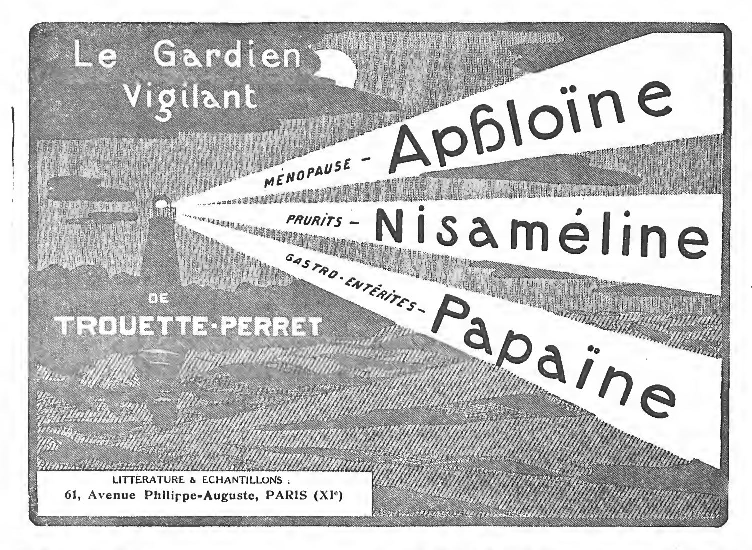
Toutes les malades, sauf 5, sont des prostituées; ayant en vue l'élément infectieux (la fréquence des métro-annexites et de l'urétrite chronique), leur vie sexuelle intense, il était instructif de rechercher si d'autres malades, des prostituées ne présentant pas de lymphogranulomatose, ne présentaient pas ces lésions d'urétro-cervico-trigonite proliférante. Une série de 40 malades, menant le même genre de vie, fut examinée; elles étaient indemnes de lésions lymphogranulomateuses; la proportion de lésions d'urétro-cervico-trigonite trouvée à la cysto-urétroscopie fut de 6 pour 100, alors que, dans le premier lot de malades, elle était de 80 pour 100. Les examens anatomo-histologiques laissent entrevoir, avec une grande probabilité, l'origine lymphogranulomateuse de ces lésions.

Henri Krauter.

I. Danicio et **J. Popa** (Cluj). ***La vaccination régionale Basset-Poincloux, avec le vaccin Cantacuzène, dans le traitement de complications blennorragiques*** (*Revue roumaine d'urologie*, t. 3, n° 1, Février 1936, p. 46-52). — D. et P. ont traité 150 malades parmi lesquels 81 cas d'urétrite chronique, 44 cas d'épididymite chronique, 9 cas de blennorragie aiguë, 5 cas d'arthrites gonococciques, enfin 11 cas d'affections blennorragiques de la femme. Ils rapportent 123 cas guéris en 11-14 jours, 15 cas améliorés et 8 cas sans résultats.

D. et P. considèrent la méthode de Basset et Poincloux comme intermédiaire entre la vaccinothérapie musculaire et la vaccinothérapie intraveineuse et confèrent à la méthode une certaine spécificité.

Henri Krauter.


Le Gardien
Vigilant
MÉNOPAUSE - Apβloïne
PRURITS - Nisaméline
GASTRO-ENTÉRITES - Papaïne
DE
TROUETTE-PERRET
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS :
61, Avenue Philippe-Auguste, PARIS (XIe)


DIGESTION DES FÉCULENTS, MATERNISATION DU LAIT,
NEURASTHÉNIE, RACHITISME, TUBERCULOSE
CONVALESCENCE
AMYLODIASTASE THÉPÉNIER
"PHOSPHODIASTASES" ÉMINEMMENT ASSIMILABLES DES CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
2 à 3 Comprimés après chaque repas
SIROP
2 cuillerées à café après chaque repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8^e

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

C. Levaditi, A. Vaisman et Mlle **R. Schoen.** ***Recherches expérimentales sur la syphilis. Etude pathogénique de la neuro-syphilis*** (Troisième mém.) [*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **56**, n° 5, Mai 1936, p. 481-508]. — Le virus syphilitique cultivé pendant 23 ans dans l'organisme du lapin, et ayant perdu ses aptitudes chancrigènes pour le chimpanzé, est incapable de s'implanter dans le système nerveux central de cet animal. Inoculé soit sous forme de greffe, soit à l'état d'émulsion spirochétienne directement dans le cerveau, il ne détermine ni altérations névraxiques, ni pullulation spirochétienne locale et ne paraît conférer aucune virulence appréciable au système nerveux. Les spirochètes introduits dans le névraxe cessent d'être pathogènes peu de temps après l'inoculation.

Le Treponema pallidum, inclus dans des greffons ayant séjourné pendant 10 à 20 jours dans le névraxe de lapins neufs, perd la faculté d'engendrer des syphilomes scrotaux. Sa vitalité et son activité pathogènes sont anihilées.

De nouvelles expériences chez le lapin, le singe, la souris, le rat, le cobaye, le chat ou la poule permettent de conclure que dans ces espèces animales il paraît impossible d'acclimater le tréponème dans le tissu névraxique.

Les éléments constitutifs du système nerveux normal opposent une résistance invincible à la pullulation *in situ* du tréponème, résistance que nul artifice expérimental ne réussit à modifier. Le germe ne peut végéter dans le névraxe qu'à l'état infravisible, à condition, semble-t-il, qu'il ait accompli ailleurs son cycle évolutif. A force d'y vivre, ses affinités neurotropes se développent, et pour des raisons encore mal précisées, le virus spécifique réussit alors à vaincre la résistance que l'encéphale oppose à sa pullulation.

Robert Clément.

P. Homutov (Alfort). ***Le rôle de la saponine dans la vaccination anti-charbonneuse glucosidée*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **56**, n° 5, Mai 1936, p. 535-583). — La vaccination anticharbonneuse obtenue avec les corps bactériens tués ou atténués est moins prononcée que celle qui succède à l'inoculation de souches virulentes. On a voulu profiter de cet avantage pour réaliser une prophylaxie pratique de la maladie.

Il s'est livré à une série d'expériences sur l'action de la saponine sur le développement de la bactéridie charbonneuse « *in vitro* ». A la température de 37°, la saponine ajoutée au milieu de culture empêche d'abord le développement de la bactéridie, puis le favorise après son dédoublement en sucre et sapogénine par action diastasique.

L'action toxique de la saponine vis-à-vis de la bactéridie ou de la spore charbonneuse commence à se produire au moment de sa pénétration à l'intérieur du germe (après neuf mois de contact). Elle supprime petit à petit la vitalité du germe sans s'attaquer à son pouvoir pathogène. La pénétration de la saponine est progressive et proportionnée à la concentration du milieu en glucoside.

Une immunité anticharbonneuse active et durable se constitue facilement dans un organisme animal qui a reçu un vaccin anticharbonneux glucosidé à une concentration convenable. Au commencement cette immunisation est favorisée non par l'inflammation œdémateuse post-vaccinale, mais par la présence de la saponine adsorbée à la surface des germes injectés. A cause de la présence de la saponine, les bactéridies ne pullulent que progressivement, permettant ainsi à l'organisme de fabriquer les anticorps spécifiques. La concentration exagérée en saponine ou digitonine d'un vaccin glucosidé nuit à la production d'une bonne immunité. Un taux plus faible (au-dessous de 1 pour 100) assure une immunité solide et durable et supprime les réactions fâcheuses post-vaccinales

Il est préférable de ne pas utiliser, pour la préparation du vaccin glucosidé, une souche virulente.

Les vaccins anti-charbonneux glucosidés sont de bons antigènes à condition que la concentration en saponine ne soit pas supérieure à 1 pour 100 et que leur conservation ne dépasse pas la limite de vitalité des germes qu'ils renferment. Ils constituent une méthode de vaccination expéditive et économique tant au point de vue de la préparation du vaccin que de son emploi.

Robert Clément.

ANNALES DE MEDECINE (Paris)

Georges Guillain, Lucien Rouquès et **Charles Ribadeau-Dumas.** ***Considérations cliniques et physio-pathologiques sur la paralysie périodique*** (*Annales de Médecine*, t. **39**, n° 3, Mars 1936, p. 265-286). — G., R. et R.-D. relatent un cas de cette affection très rare, qu'ils ont pu suivre quotidiennement pendant dix mois. Il s'agit d'une femme de 29 ans, atteinte de la maladie depuis l'âge de 25 ans. Les crises, d'abord espacées, sont devenues plus fréquentes, alternant ou coexistant avec des crises de tétanie limitées aux mains. Les paralysies atteignent surtout les membres inférieurs; elles sont flasques, avec abolition des réflexes dans les groupes paralysés. En dix mois, la malade eut 5 crises dont la durée varia entre six et vingt-cinq jours. Depuis la sortie de l'hôpital (Mars 1934) jusqu'à Juin 1935, une amélioration s'est produite, et les crises avaient alors disparu depuis plusieurs mois.

G., R. et R.-D. insistent sur certains points de séméiologie et de physio-pathologie insuffisamment précisés, tels que les troubles des réactions électriques et des chronaxies, les troubles du rythme cardiaque précisés à l'aide d'électro-cardiogrammes, l'état du liquide céphalo-rachidien, la toxicité du sérum, l'élimination urinaire des bases puriques et de la créatinine.

Ils exposent et discutent les théories pathogéniques: théories de l'inhibition; théories de l'ischémie artérielle transitoire; théories endocriniennes; théories végétatives; théories de l'intoxication intermittente. A l'appui de ces dernières, ils ont cherché à mettre en évidence des produits toxiques éventuels par l'expérimentation sur l'animal avec le sérum, en utilisant chez le cobaye les injections intra-carotidiennes déjà employées par Pagniez pour étudier la toxicité du sérum des épileptiques. Ils ont pu ainsi déceler chez leur malade avant et pendant les crises des propriétés toxiques du sérum évidentes, et qui, comme chez les épileptiques, sont thermolabiles. L. Rivet.

M. Roch, Eric Martin et **François Sciclounoff** (Genève). ***Les injections intraveineuses de solutions glucosées hypertoniques. Leur action et leur emploi chez les brightiques hypertendus*** (*Annales de Médecine*, t. **39**, n° 3, Mars 1936, p. 286-308). — R., M. et S., préconisent l'injection quotidienne par voie intraveineuse de 200 à 400 cmc de solution glucosée à 20 pour 100, administrée en goutte-à-goutte, en 50 minutes au minimum.

L'instillation rectale goutte-à-goutte quotidienne de sérum glucosé isotonique à 47 pour 100 est beaucoup inférieure, souvent mal supportée, et la résorption très incomplète.

Le diabète excepté, les contre-indications sont très rares. Le sérum glucosé agit principalement sur le foie et le cœur, mais n'a probablement aucune action spécifique sur le rein. Mais on sait ses bons résultats chez les brightiques et nous savons d'autre part notre impuissance en face des azotémies chroniques.

L'administration de fortes doses de solution glucosée hypertonique n'est pas dangereuse, même chez les brightiques, les hypertendus, les asystoliques. Grâce au goutte-à-goutte, elle ne crée d'hypertension ni importante, ni durable. Les réactions consécutives aux injections ne sont pas dangereuses et elles sont transitoires. L'action diurétique est très variable; l'action sur le foie et sur le système cardio-vasculaire est certaine, l'effet favorable sur l'état général est presque constant. Le malade s'améliore tout en gardant, le plus souvent, un taux d'urémie élevé. Dans la moitié des cas on a observé un abaissement notable, mais passager, de la tension artérielle. Une amélioration passagère sans doute, mais s'étant prolongée au point de permettre une existence à peu près normale pendant plusieurs mois chez des malades considérés comme *in extremis*, n'est pas un résultat négligeable pour une méthode thérapeutique d'application aussi simple.

L. Rivet.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

A. Antonov (Leningrad). ***L'influence des rayons ultra-violets sur la sécrétion lactée chez la femme*** (*Archives de médecine des enfants*, t. **39**, n° 4, Avril 1936 p. 216-224). — Chisholm et Mc Killop publièrent en 1927 les résultats favorables exercés par les rayons ultra-violets sur la sécrétion mammaire: 100 femmes des classes pauvres, de santé faible et présentant une sécrétion lactée insuffisante, furent soumises aux applications directes des ultra-violettes. L'état général fut amélioré chez toutes ces femmes et chez 36 d'entre elles on obtint une augmentation prolongée de la quantité de lait.

Les travaux consacrés depuis à ce sujet sont contradictoires ou peu probants. Aussi A. a-t-il soumis 16 mères nourrices de l'*Asile de la mère et du nourrisson*, à Léningrad, à des irradiations locales des glandes mammaires durant un temps variant entre vingt-trois jours et deux mois et treize jours. En moyenne, chaque femme eut 20 séances d'irradiation. Sur ces 16 cas, 8 fois la sécrétion lactée diminua malgré les irradiations. Dans les 8 autres cas, la sécrétion lactée augmenta, mais A. ne croit pas devoir attribuer ce succès à l'irradiation. Dans aucun de ses cas, A. n'a pu observer des montées laiteuses brusques et massives, telles qu'en avaient observé E. Lesné et Mlle Dreyfus-Sée.

A. arrive donc à cette conclusion que l'irradiation par les rayons ultra-violets n'exerce aucune influence sur la sécrétion lactée. L'augmentation de celle-ci, lorsqu'elle a été constatée, a pu être

attribuée à la période de lactation, à une meilleure alimentation ou encore à une influence psychique.

G. SCHREIBER.

G. Heuyer et Mme **J. Roudinesco.** ***Les troubles de la motricité chez l'enfant normal et anormal*** (*Archives de médecine des enfants*, t. **39**, n° 5, Mai 1936, p. 265-281). — Au cours de la première enfance, on peut juger du développement intellectuel ultérieur de l'enfant en suivant son développement neurologique de la première et de la seconde année.

Il existe, au cours des deux premières années, chez le nourrisson, des syndromes divers que caractérisent la déficience musculaire, l'hyper ou l'hypotonie, les troubles de la coordination statique ou dynamique, qui sont réalisés au cours d'affections neurologiques de la première enfance, généralement sous la forme d'encéphalopathie. Un certain nombre de maladies acquises peuvent réaliser les mêmes syndromes qui sont associés à des troubles intellectuels parallèles et de même forme, constituant ainsi une association psychomotrice.

Chez les enfants qui présentent de l'arriération intellectuelle, il existe un syndrome de débilité motrice, formé des mêmes composantes de déficience musculaire: troubles du tonus et troubles de la coordination.

La débilité motrice est toujours associée à la débilité intellectuelle, donnant ainsi une nouvelle preuve de la loi du parallélisme psychomoteur. Alors que dans l'enfance ce sont surtout les troubles intellectuels qui paraissent les plus importants, puisqu'ils gênent les acquisitions pédagogiques, à l'âge de l'adolescence, c'est la débilité motrice qui doit être au premier plan des préoccupations du médecin; c'est elle qui rend le sujet incapable de faire l'apprentissage d'un métier spécialisé et qui l'oblige à n'être qu'un manœuvre. La lenteur, la maladresse du débile mental ne sont que l'expression de la paratonie, des syncinésies, de l'asynergie et de la dysmétrie qui subsistent de la première enfance. Au point de vue pratique, il est nécessaire de donner une place importante à l'éducation motrice, à côté de l'instruction pédagogique particulière que doit recevoir le débile mental.

Dans les classes et les internats de perfectionnement, cette éducation motrice doit être poussée au maximum, d'où intérêt de la gymnastique rythmique. Les associations auditivo-motrices développent aussi l'attention, obligent le sujet à suivre les modifications du son et du rythme, à rompre les automatismes d'association. En outre, il importe d'exercer le plus tôt possible les enfants au travail manuel. L'instruction pédagogique ne permettra jamais à un arriéré d'acquérir un diplôme scolaire quelconque ni de subvenir à ses besoins.

Chez un sujet d'intelligence normale, lorsqu'il existe des troubles moteurs isolés, tels que les tics, les troubles de la parole (bégaiement, chuintement), l'énurésie, etc., il est nécessaire d'établir un bilan exact des fonctions motrices. Dans ce cas l'emploi des tests moteurs d'Osereczki rend de très grands services.

Si on étudie avec soin les antécédents personnels du sujet, on constate quelquefois un retard global dans l'apparition des grandes fonctions motrices de la première enfance: marche, parole, propreté, etc., quelquefois un certain déséquilibre ou une dissociation dans l'apparition de ces diverses fonctions. On peut ainsi mettre en évidence les rapports qui existent entre le symptôme initial qui a été constaté, troubles de la parole ou énurésie, et une atteinte neurologique essentielle qui prouve la mauvaise qualité du terrain organique. Cette déficience ou ce déséquilibre neurologique essentiel rend possible, sous l'action d'une maladie organique, quelquefois d'un choc émotif ou même de la simple mythomanie, l'apparition du symptôme auquel on aurait tout d'abord attribué une origine psychogène. Ainsi, dans le traitement, il faudra faire une part au traitement psychologique, qui permet de redresser le trouble affectif occasionnel, une part plus importante à la rééducation motrice; enfin, il faudra essayer d'atteindre la cause organique primitive et essentielle.

Un certain nombre de ces symptômes, les tics, les troubles de la parole, sont reproduits d'une façon quasi expérimentale par certaines maladies, telles que l'encéphalite épidémique, dont on ne peut nier la nature organique. Dans ce cas, la circonstance affective ou émotionnelle est accessoire. D'autre fois, une hérédo-syphilis est à l'origine de l'atteinte neurologique. Un traitement spécifique combiné à la rééducation motrice et à la psychothérapie permet d'obtenir une amélioration rapide du trouble constaté. Enfin, un trouble endocrinien peut expliquer la déficience musculaire.

G. SCHREIBER.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

Jeanne Stephani-Cherbuliez (Genève). ***Les engelures, une forme atténuée de tuberculose*** (*Revue de la tuberculose*, 5e série, t 2, n° 3, Mars 1936, p. 277-298). — Dès 1918, Darier exprimait l'opinion que diverses considérations pourraient conduire à ranger les engelures au nombre des manifestations de la tuberculose atténuée qu'on désigne sous le nom de tuberculides. S.-C. a poursuivi dans ce sens une vaste enquête clinique portant sur 350 sujets.

Elle a constaté que les engelures sont beaucoup plus fréquentes (80 pour 100) chez les descendants de parents sains que chez les descendants de parents tuberculeux. Elles sont beaucoup plus bénignes chez les descendants de parents tuberculeux que chez les descendants de parents non tuberculeux, chez lesquels elles prennent dans 76 pour 100 des cas la forme maligne, ulcérée.

Chez l'adulte non tuberculeux, les engelures sont un phénomène relativement rare, ne frappant que 20 pour 100 des sujets. Cette proportion atteint 54 pour 100 chez l'adulte tuberculeux. Sur 100 porteurs d'engelures « sains », 20 seulement dépassent 20 ans, 80 appartiennent à l'âge juvénile, tandis que chez les tuberculeux, 54 pour 100 des porteurs d'engelures sont des adultes, 46 pour 100 seulement des enfants ou des adolescents de moins de 20 ans: les engelures vaccinent relativement contre la tuberculose.

Dans 54 pour 100 des cas, l'évolution des engelures coïncide avec celle de la tuberculose pulmonaire, ou bien une rechute de celle-ci coïncide avec un retour offensif des engelures dont le malade avait souffert antérieurement.

La thérapeutique la meilleure des engelures est aussi celle qui donne les meilleurs résultats dans la tuberculose.

Aussi S.-C. conclut-elle que les engelures sont un syndrome dans la constitution duquel l'hérédité et les antécédents tuberculeux interviennent exactement comme dans toute autre manifestation tuberculeuse, bacillaire ou non.

Les engelures se rencontrent relativement rarement dans les antécédents des sujets atteints de tuberculose évolutive.

Les faits se présentent comme si les engelures étaient la manifestation d'une atteinte de tuberculose de forme atténuée, allergisante et dans une certaine mesure immunisante vis-à-vis des formes à allure redoutable.

Un porteur d'engelures doit donc être considéré, traité, surveillé comme un de ces sujets qu'on appelle à tort des « prétuberculeux » et qui sont en réalité des sujets infectés, mais dont l'organisme est en état de défense.

L. RIVET.

REVUE DE LARYNGOLOGIE
(Bordeaux)

Orregia et **Alonso** (Montevideo). ***Tumeurs malignes du palais*** (*Revue de laryngologie*, année 57, n° 3, Mars 1936, p. 257-292). — Dans cet excellent travail, O. et A. distinguent les tumeurs du voile et de la voûte.

LES TUMEURS DU VOILE intéressent des hommes âgés de plus de 55 ans. *Ces épithéliomas spino-cellulaires* se présentent sous les trois formes suivante:

1° *Des tumeurs centrales du voile*, ulcéreuses, peu bourgeonnantes, peu douloureuses, sans métastases dès qu'elles atteignent la joue et les gencives. Leur évolution est rapide, avec adénopathie.

2° *Des tumeurs du bord libre*, avec métaplasie de la muqueuse, forme en papillon, bourgeonnante, envahissant les piliers avec répercussion ganglionnaire précoce.

3° *Des tumeurs du triangle rétromalaire*, les plus graves, s'étendant rapidement vers la langue, la partie postérieure des gencives et la loge amygdalienne.

LES TUMEURS DU PALAIS OSSEUX, à l'inverse de celles de la voûte, sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, dérivent de l'épithélium de revêtement ou des glandes salivaires palatines.

1° *La forme postérieure* est la plus grave. C'est *un épithélioma spino-cellulaire*, à forme ulcéro-végétante, avec tendance à l'envahissement des régions voisines; adénopathie peu fréquente ni précoce.

2° *La forme antérieure*, que l'on rencontre chez des femmes, est *un épithélioma baso-cellulaire* à forme térébrante, à malignité locale, sans adénopathie, radio-sensible.

3° Aux dépens des nombreuses glandes salivaires, naissent *des épithéliomas kystiques cylindriques* qui rappellent les tumeurs mixtes de la parotide et les kystes multiloculaires adamantins du maxillaire. Ces tumeurs distendent la muqueuse sans y adhérer, pénètrent dans les zones avoisinantes sans les infiltrer. Pas d'ulcérations, pas de retentissement ganglionnaire, pas de généralisation. Peu de sensibilité aux rayons.

CH. RUPPE.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
(Strasbourg)

Julien Marie et **Pierre Gabriel.** ***La maladie spirochétosique chez l'enfant. Etude de ses variétés anictériques. La méningite spirochétosique et la typho-spirochétose*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **12**, n° 2, 1936, p. 201-238). — Les modalités de la maladie spirochétosique étaient pratiquement inconnues jusqu'à ces derniers mois en pédiatrie. Une seule observation en a été signalée en France en 1920 par Lesné. J. Langer (de Prague), de son côté, n'a pu en déceler aucun cas dans la littérature étrangère de ces quinze dernières années. D'où l'importance de ce travail effectué dans le service du prof. Debré.

M. et G. établissent d'abord l'existence — et même selon eux la fréquence relative — de la *forme méningée pure* de Costa-Troisier ou *méningite spirochétosique*. Ils démontrent, en outre, l'existence chez l'enfant d'une spirochétose anictérique se traduisant exclusivement par une période fébrile d'une dizaine de jours et simulant une fièvre typhoïde bénigne. Sous le nom de *typho-spirochétose*, ils publient, en effet, la première observation appartenant à ce type clinique.

En ce qui concerne la *méningite spirochétosique*, les observations de M. et G. démontrent pour la première fois qu'une épidémie saisonnière de méningite séreuse aiguë, fébrile et curable, a été dé-

terminée par *Spirochaeta ictero-hemorragiæ*. La période de l'année où ces faits ont été observés correspond aux mois chauds d'été durant lesquels l'homme se baigne volontiers dans les cours d'eau.

Ces observations se rapportent à des enfants de 10, 12 et 13 ans. Le tableau clinique était celui d'une méningite aiguë, fébrile, à début brusque. Au syndrome méningé discret venaient s'ajouter un syndrome fonctionnel constant: les myalgies et un syndrome oculo-cutané inconstant (injection conjonctivale, facies injecté et herpès).

Le liquide céphalo-rachidien clair présentait une forte réaction cellulaire contrastant avec la faible augmentation du taux de l'albumine. Au 6e jour de la maladie, cette réaction se manifestait par de la lymphocytose, dans un cas, par de la polynucléose.

Les trois malades ont guéri en quelques jours sans séquelles et sans avoir présenté d'ictère. Aucun signe clinique caractéristique ne permettait de reconnaître la nature spirochétienne de la maladie. Seules les réactions biologiques ont pu la démontrer: sérodiagnostic positif à des taux considérables et spirochétose ictéro-hémorragique expérimentale du cobaye déterminée par l'inoculation des urines d'un des malades.

M. et G. concluent de ces faits que la maladie spirochétosique ne doit pas être aussi rare chez l'enfant que le petit nombre d'observations actuellement connues le laisseraient croire. Selon eux, elle représente sans doute, avec la poliomyélite et l'encéphalite, l'une des étiologies dominantes des méningites séreuses aiguës, dites méningites lymphocytaires bénignes.

G. Schreiber.

M. Péhu, J. Dechaume et **J. Boucomont.** ***Sur l'acrodynie infantile.*** 1er mémoire ; ***Anatomie pathologique*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **12**, n° 2, 1936, p. 239-276). — Dans ce mémoire, sont résumées toutes les observations publiées à ce jour, d'acrodynie infantile, accompagnée d'autopsies. P. D. et B. y joignent le protocole détaillé de 2 cas personnels et donnent une étude synthétique des lésions observées dans ces différents cas.

Les *lésions viscérales* n'ont aucune caractéristique.

Les *altérations de la peau* n'ont pas fait l'objet d'examens méthodiques. Les études les plus approfondies sont dues à M. Bode et à M. Fessler. Schématiquement, on peut dire que la plupart des éléments histologiques de la peau sont le siège d'altérations.

Les *altérations des glandes endocrines* ont retenu l'attention de quelques observateurs. On a noté, mais de façon inconstante, les signes cytologiques d'hyperactivité de l'hypophyse ainsi que du système chromaffine de la médullo-surrénale.

Les *altérations du système nerveux* sont toujours discrètes; mais on a l'impression que le processus morbide lèse tout le névraxe, le système nerveux périphérique: racines, ganglions rachidiens, nerfs et intéresse le sympathique caténaire ou viscéral. Du point de vue strictement anatomique, l'acrodynie paraît devoir être considérée comme une *pan-sympathéite* dont les lésions sont discrètes, éparses, vraisemblablement passagères, réparables. Les lésions méningées sont discrètes, non généralisées, mais localisées en certains points.

La conclusion de P., D. et B. est qu'à l'heure actuelle l'anatomie pathologique de l'acrodynie infantile est encore incomplètement connue. Peu d'autopsies ont été pratiquées: sur ce petit nombre quelques-unes seulement échappent à la critique. Les données actuelles permettent cependant de rejeter l'idée d'une absence de lésions dans l'acrodynie.

N'admettant pas la nature névrosique de cette affection, non plus que son origine purement endocrinienne, P., D. et B. croient pouvoir admettre que le substratum de l'acrodynie est représenté par des lésions discrètes, mais éparses, de caractère non destructif, siégeant dans le sympathique tout entier, le facteur encore indéterminé de la maladie ayant une affinité particulière pour le système autonome dans la petite enfance.

G. Schreiber.

M. Péhu et **J. Boucomont.** ***Sur l'acrodynie infantile.*** 2e mémoire. ***Relations et parentés pathologiques*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **12**, n° 2, 1936, p. 277-310). — Depuis une dizaine d'années, l'acrodynie est l'objet de nombreux travaux entrepris dans le but de lui donner dans le cadre nosologique des maladies infantiles une place définie. D'autre part, le caractère un peu étrange et surtout la constatation imprévue, dans le monde entier, de cette affection ont fait que beaucoup d'auteurs ont tenté de la comparer à d'autres maladies voisines ou apparemment similaires.

L'acrodynie a-t-elle été engendrée par l'épidémie de *grippe-influenza* survenue en 1918 et qui a fait directement ou indirectement tant de ravages? Si cette pandémie joue un rôle, celui-ci n'est que lointain et passager. Antérieurement étaient survenues des épidémies importantes de grippe et cependant l'acrodynie ne s'est pas manifestée à leur suite.

Quelques maladies sont « acrodyniformes »: tels certains faits authentiques d'*arsénicisme; t*els *l'ergotisme* et surtout l'*ustilaginisme* observé en Yougoslavie et bien étudié par Mayerhofer et ses élèves. Dans ses manifestations cliniques, l'ustilaginisme offre de nombreux points de similitude avec l'acrodynie, mais ses symptômes disparaissent dès qu'on a supprimé dans la nourriture commune le maïs contaminé par les spores d'ustilago.

La *suette miliaire* présente des analogies avec l'acrodynie infantile dans ses manifestations et dans sa repartition géographique; mais les épidémies de suette miliaire présentent un caractère massif, tandis que l'acrodynie se présente sous forme de cas isolés ou réunis par petits groupes.

Quelques affections nerveuses ont une certaine ressemblance avec l'acrodynie. Tels l'acrodermatite mutilante, le syndrome de Raynaud, le *granulosis rubra*, la chorée fibrillaire de Morvan. Plus étroites encore et d'une interprétation plus délicate sont les relations avec les syndromes neuro-hypophysaires. Néanmoins, une analyse minutieuse montre des différences indiscutables.

Théoriquement, les deux affections les plus voisines de la maladie de Selter sont la *poliomyélite antérieure aiguë* et surtout l'*encéphalite primitive*. Elles frappent toutes deux le névraxe et non cet appareil glandulaire qu'est l'hypophyse. Suivant toutes vraisemblances, elles sont causées par un virus neurotrope. Mais en serrant la question de près, on peut conclure que toutes deux diffèrent de l'acrodynie dans leurs manifestations cliniques, dans leur évolution et dans les altérations anatomiques qu'elles engendrent.

En somme, l'acrodynie infantile, *maladie de Selter-Swift-Feer*, représente une entité bien définie et bien délimitée qui ne peut être confondue avec d'autres affections voisines ou similaires.

G. Schreiber.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

W. Estler (Berlin). ***Affections causées par les procédés industriels de nettoyage et par la fabrication ou l'application professionnelles des produits destinés au nettoyage ou au polissage*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 12, 20 Mars 1936, p. 378-380). — Le nettoyage peut s'effectuer soit mécaniquement soit chimiquement. Souvent les deux procédés sont combinés. Parmi les méthodes mécaniques, un procédé important est à retenir: le sablage (sable projeté par machines soufflantes). Le sable aussi bien que la poussière provenant de l'objet à nettoyer peuvent être dangereux pour le travailleur, en particulier les poussières contenant du quartz et du plomb. On peut ainsi observer des silicoses graves. Dans d'autres procédés mécaniques moins employés, les produits utilisés contiennent souvent du quartz qui peut causer des silicoses.

Les produits utilisés pour le nettoyage chimique sont de natures très diverses et inégalement dangereux. La paraffine et la « sérésine » peuvent causer des eczémas. Le nitrobenzène souvent employé pour donner une odeur agréable est par lui-même très toxique et peut entraîner la mort.

Les produits liquides contiennent souvent des acides différents comme l'acide oxalique, toxique qui peut entraîner des troubles cardiaques, des troubles de la sensibilité, des convulsions et des vomissements; l'acide citrique, qui n'est toxique qu'à forte dose et enfin l'acide tartrique qui n'est pas toxique.

Guy Hausser.

E. Schliephake (Giessen). ***Traitement des abcès des poumons par les ondes courtes*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 12, 20 Mars 1936, p. 381-385). — La léthalité des malades atteints d'abcès du poumon est très grande. On l'estime généralement au taux de 80 pour 100. Des interventions chirurgicales ont réussi à abaisser ce taux effroyable de 80 à 50 pour 100; cependant, les résultats opératoires sont encore aléatoires d'autant plus que les malades restent longtemps très affaiblis après l'intervention.

S. a eu d'excellents résultats en adjoignant au traitement l'administration d'ondes courtes. Il rapporte plusieurs cas avec 8 radiographies qui révèlent une guérison souvent complète et assez rapide même dans les cas les plus graves. Déjà, après 6 séances, en général, on pouvait constater une nette amélioration de l'état général et une sédation de la toux. Après 20 séances, S. a très souvent noté la disparition radiographique de l'abcès et presque toujours, la guérison fut définitive. S. a eu d'excellents résultats également dans certaines formes de pneumonies qui se sont compliquées de poches purulentes de plus ou moins grande importance.

S. croit que ce traitement important nécessite toujours de grands appareils avec des électrodes en verre (et non des électrodes flexibles) écartées de 10 à 15 cm. Enfin, il va sans dire que chaque séance doit être faite sous un contrôle médical permanent.

Guy Hausser.

W. Klodt (Cologne). ***Recherche de l'acide ascorbique dans les urines*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 13, 27 Mars 1936, p. 421-425). — K. examine les différentes méthodes permettant de rechercher la présence de l'acide ascorbique dans les urines. Il croit que la méthode de titrage par l'iode ne donne pas de résultats suffisamment précis. Les meilleurs résultats ont été obtenus par la méthode élaborée par Tillmans.

K. propose d'abord d'acidifier les urines par l'emploi du citrate « puffer » dont le pH est de 2,5, parce que tous les autres acides décolorent l'indicateur. Il est nécessaire de n'examiner que des urines fraîchement recueillies sans quoi très rapidement les résultats sont faussés.

Enfin, si cette méthode employée par K. ne détermine pas spécifiquement l'acide ascorbique, elle est cependant assez satisfaisante à la condition de tenir compte du facteur extrinsèque à l'individu (nourriture, saisons, etc.).

Guy Hausser.

W. Estler (Berlin). ***Affections causées par les procédés industriels de nettoyage et par la fabrication ou l'application professionnelles des produits destinés au nettoyage ou au polissage*** (*suite*) [*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 14, 3 Avril 1936, p. 454-456]. — Comme solvants des graisses,

les plus fréquemment employés sont les hydrocarbures. Ces produits peuvent causer des accidents cutanés et également de graves intoxications. Les hydrocarbures halogénés ininflammables, ne causant pas d'explosion, sont aussi fréquemment employés mais ils peuvent également être toxiques. Enfin l'éther éthylique lui aussi peut causer des étoudissements, des vertiges, de gravité variable.

Les solvants alcalins, de même que les produits émulsionnant les graisses, sont surtout dangereux pour la peau.

L'hydrogène arsénié utilisé en galvanoplastie est extrêmement toxique, surtout si les objets eux-mêmes contiennent de l'arsenic. Le cyanure de potassium utilisé dans le travail des métaux précieux peut également déterminer de graves accidents.

Enfin, de nombreux produits destinés au nettoyage du corps, et des mains en particulier, contiennent de la soude et du chlorure de calcium, et ce dernier produit particulièrement peut déterminer des eczémas et d'autres affections cutanées.

Guy Hausser.

BRUXELLES MÉDICAL

O. M. Mistal (Montana). ***Les affections pulmonaires au point de vue endoscopique*** (*Bruxelles Médical*, t. **16**, n° 25, 19 Avril 1936, p. 937-946). — L'endoscopie pleurale est en somme un examen anatomo-pathologique sur le vivant.

L'hyperémie active de la plèvre peut se présenter sous deux formes: hyperémie des vaisseaux, hyperémie des capillaires. L'hyperémie veineuse ou passive s'observe rarement.

Dans la pleurésie subaiguë, la plèvre est saumonée, veloutée, épaissie et opaque, parfois tachetée de tubercules vitreux groupés.

La pleurésie chronique montre une plèvre rugueuse, épaissie, mamelonnée, avec de nombreuses taches grisâtres et des follicules.

Au premier stade de l'inflammation pleurale, on remarque souvent des plaques arrondies ou ovales à contour hyperémique.

La pleurésie fibrineuse est généralement très circonscrite, la plèvre a un aspect rouge jaunâtre et tend à former de nombreuses adhérences.

Dans la pleurésie sèche, l'endoscopie permet de reconnaître des foyers de pleurite en plaques et de nodules tuberculeux, blanc ou jaune pâle, entourés de vaisseaux hyperémiques.

Dans la tuberculose miliaire de la plèvre, on aperçoit de très nombreux petits nodules surélevés blanchâtres ou jaunâtres disséminés et entourés d'un halo rouge vif.

Au cours des épanchements, la pleuroscopie montre d'abord une plèvre qui a perdu sa transparence et son brillant, puis un liquide mobile jaune verdâtre ou rouge foncé; dans l'empyème, il y a des dépôts fibrineux blanchâtres, des tubercules miliaires et des masses caséeuses.

Dans les pleurésies non tuberculeuses, la polysérite ne présente ni dépôts fibrineux ni nodules tuberculeux. Après la pneumonie, l'épanchement s'accompagne de dépôts fibrineux importants. Au cours de la polyarthrite rhumatismale, la plèvre est œdémateuse, opacifiée et peu transparente.

Dans les épanchements purulents, la plèvre se couvre de taches jaune clair, s'épaissit et d'hyperémie.

La pleuroscopie est encore utile dans le diagnostic différentiel des tumeurs pulmonaires ou médiastinales. Elle dévoile parfois des corps libres intrapleuraux. Elle a permis de reconnaître des lésions osseuses du thorax, une hernie diaphragmatique, des affections du système vasculaire et des troncs nerveux.

Robert Clément.

G. Legrand. ***Contribution à l'étude de la polypeptidémie chez la femme enceinte et chez le fœtus*** (*Bruxelles Médical*, t. **16**, n° 30, 24 Mai 1936, p. 1131-1137). — Le taux des polypeptides du sérum est obtenu par « différence » entre les albumines du sérum précipitées par l'acide phospho-tungstique et par l'acide trichloracétique.

Chez 9 sujets normaux entre 25 et 35 ans, avec la méthode employée, le taux des polypeptides du sérum varie assez largement de 9 à 34 milligr. (moyenne 24 milligr.). Chez les femmes enceintes, du premier au cinquième mois dans 20 cas examinés, le chiffre moyen est de 25 milligr. 6, les extrêmes, 10 et 39 milligr., donc polypeptidémie analogue à celle des sujets normaux. Au cours des quatre derniers mois, le chiffre moyen de 37 cas est de 15 milligr. 8 et les extrêmes 4 et 29 milligr. Dans l'ensemble, il y a donc diminution du taux des polypeptides sériques.

Au moment du travail, le taux des polypeptides abaissé du sixième mois à la fin de la grossesse remonte à la normale et même au delà. Après l'accouchement, il continue d'augmenter jusqu'au sixième jour, puis il se maintient étale jusqu'au neuvième jour pour s'abaisser ensuite.

L. interprète ainsi ces constatations : « Cette double fluctuation de la polypeptidémie paraît relever d'une origine également double: l'abaissement du taux des polypeptides serait un phénomène propre à la physiologie spéciale de la grossesse et semblerait relever d'une modification momentanée dans le métabolisme des albumines maternelles au profit du fœtus. Au contraire, l'augmentation marquée des polypeptides sanguins après l'accouchement et dans le post-partum paraît être un phénomène banal, conséquence d'une surcharge accidentelle en polypeptides par résorption d'albumines secondaire au violent effort du travail, puis à la réparation de la plaie utérine et à l'involution progressive du muscle utérin. »

Robert Clément.

L. Déjardin. ***Maladie de Buerger; artériographie; artériectomie*** (*Bruxelles Médical*, t. **16**, n° 30, 24 Mai 1936, p. 1138-1141). — Un chauffeur de 35 ans, ayant présenté des signes d'oblitération artérielle, subit diverses amputations partielles jusqu'au jour où la gangrène envahissant le membre, on pratiqua une amputation au 1/3 inférieur de la cuisse. L'examen histologique du paquet vasculo-nerveux permit le diagnostic de thrombo-angéite oblitérante du type Buerger.

Après 2 ans pendant lesquels le malade fut perdu de vue, il revint avec des phénomènes douloureux au niveau des doigts de la main droite avec refroidissement et début de nécrose. L'artériographie montra que la cubitale n'était dessinée que sur une faible longueur, de l'humérale au tronc des interosseuses. La radiale était peu visible, la circulation collatérale peu accusée.

Sous anesthésie locale, on sectionne le segment oblitéré de l'artère cubitale, d'un cm. en aval de la naissance des interosseuses jusqu'au poignet. Quelques heures après l'opération, la main est beaucoup plus chaude, le malade étend aisément les phalanges et l'on peut sans éveiller de douleurs palper l'extrémité des doigts. Plus d'un an après l'intervention, on continue à observer un léger avantage thermique du côté opéré; les lésions trophiques ont cédé à de simples régularisations (amputation de la phalangette de l'auriculaire et ablation de l'ongle de l'index). Le malade ne signale plus aucune douleur et a repris son service.

L'artériographie donne de précieux renseignements sur la valeur de la circulation et sur l'étendue de l'oblitération.

Robert Clément.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

J. L. Pool, C. von Storch et **W. G. Lennox.** ***Effet du tartrate d'ergotamine sur la pression du liquide céphalo-rachidien et du sang durant la migraine*** (*Archives of internal Medicine*, t. **57**, n° 1, Janvier 1936, p. 32-45). — P., S. et L. ont fait une série d'observations chez des migraineux et chez des témoins non migraineux sur l'effet de l'injection intraveineuse de tartrate d'ergotamine à l'égard de la pression du liquide céphalo-rachidien et du sang, du rythme du pouls et des signes cliniques. Lors de 14 expériences le patient se trouvait au milieu de sa crise de migraine. 16 sujets non migraineux servirent de témoins et chez 4 on injecta de la solution physiologique à la place d'ergotamine.

La pression moyenne initiale du liquide céphalo-rachidien durant la migraine fut de 113 mm., chiffre inférieur de 14 mm. à celui des témoins. A la suite de l'injection d'ergotamine, on constata dans les deux groupes de sujets une chute rapide du pouls et une élévation de la pression du liquide céphalo-rachidien ainsi que de la pression sanguine tant systolique que diastolique. Après l'injection d'ergotamine chez les migraineux, l'élévation moyenne de pression du liquide céphalo-rachidien fut de 13 mm., chez les témoins de 31 mm.

Le soulagement du mal de tête qu'éprouvèrent 12 des 15 migraineux ne peut pas être mis directement ou entièrement sur le compte des modifications observées dans la pression du liquide céphalo-rachidien ou dans la circulation. Ces observations ne contribuent pas à étayer la théorie qui attribue la céphalée migraineuse à un spasme généralisé des vaisseaux cérébraux ou à une anomalie de la pression intracranienne; elles n'expliquent pas l'influence bienfaisante de l'ergotamine.

P.-L. Marie.

T. Sollman et **N. E. Schreiber.** ***Recherches chimiques sur l'intoxication aiguë par le sublimé*** (*Archives of internal Medicine*, t. **57**, n° 1, Janvier 1936, p. 46-62). — S. et S. ont étudié l'élimination du mercure dans 4 intoxications aiguës par le sublimé, dont deux mortelles, dans lesquelles les malades furent traités par des lavages copieux de l'estomac et des irrigations abondantes du côlon.

Seul le vomissement initial enleva des quantités considérables de mercure. La quantité totale éliminée par les lavages de l'estomac et du côlon, par les selles et les urines, n'atteignit que 23 à 164 milligr. de mercure, représentant 1,5 à 3,25 de la quantité ingérée. Le lavage d'estomac initial s'impose, mais sa répétition est superflue. Les irrigations du côlon n'enlevèrent que des quantités insignifiantes. L'élimination urinaire fut aussi presque négligeable. Dans les cas sévères, il y eut de l'anurie; dans les cas bénins, il se produisit de la polyurie, mais l'élimination totale de mercure par l'urine en 5 jours fut seulement de 1 milligr. 5 à 2 milligr. 3.

La concentration du mercure après le premier, le second ou le troisième jour affecta dans les vomissements, les fèces et l'urine un taux indiquant que le métal contenu dans l'estomac et l'intestin est excrété à ce moment. La concentration se montra 10 fois plus élevée ou davantage dans les selles que dans les urines ou les vomissements tardifs. En général, la concentration, même dans les fèces, resta dans les limites de celle que l'on note dans les urines au cours du traitement mercuriel et elle ne peut donc guère déterminer d'irritation.

D'autre part, S. et S. ont étudié la répartition du mercure dans les organes de 3 sujets ayant succombé à une intoxication aiguë par le sublimé. Les résultats confirment ceux qui ont été donnés dans les rares publications auxquelles on peut faire confiance. Il existe une surprenante uniformité dans

les résultats obtenus chez les différents malades. La concentration est uniformément à son maximum dans les reins (3 milligr. 8 pour 100 gr. d'organe frais); le foie vient après; puis la rate; ensuite les intestins; puis le cœur, les muscles et les poumons; enfin, le cerveau. Le sang renfermait de 0 milligr. 015 à 0 milligr. 12 pour 100 cmc. La concentration dans le liquide d'ascite fut encore inférieure. Dans la bile, elle se montra variable, mais toujours plus élevée que dans le sang et plus basse que dans le foie.

P.-L. Marie.

A. J. Patek. ***Chlorophylle et régénération du sang*** (*Archives of internal Medicine*, t. 57, n° 1, Janvier 1936, p. 73-84). — L'anémie hypochrome chronique, proche parente de la chlorose, est caractérisée essentiellement par un manque d'hémoglobine. Le fer se montre thérapeutiquement actif, bien que ne constituant qu'une petite fraction de la molécule d'hémoglobine. Mais il se pourrait qu'il y ait aussi un manque d'autres substances concourant à la formation de l'hémoglobine, telles par exemple que les pigments biliaires dont on a constaté le rôle favorable dans la régénération de cette substance dans l'anémie hypochrome. En raison de la similitude existant entre l'hémoglobine et la chlorophylle, P. a étudié l'action de cette dernière et de ses dérivés sur la régénération du sang dans 15 cas d'anémie hypochrome chronique.

Dans 5 essais, l'administration exclusive de chlorophylle et de ses produits de dégradation (phéophytine, chlorine *e*) ne détermina pas de modifications du sang. Dans 3 essais, l'administration de très grosses doses de chlorophylle brute associée à de très petites doses de fer resta également sans effet sur le sang.

Dans 12 essais faits chez 9 malades, l'administration de dérivés de la chlorophylle, à la suite d'une période de traitement avec des quantités comparables de fer, fut suivie d'une augmentation régulière et significative du taux de l'hémoglobine et d'une seconde réponse réticulocytaire. Cet effet combiné fut obtenu aussi bien après administration parentérale qu'après ingestion.

Ces recherches semblent indiquer que l'organisme peut utiliser les substances préformées apparentées au pyrrol pour édifier la molécule d'hémoglobine. Mais leur usage thérapeutique n'est pas recommandable dans l'anémie hypochrome; le fer seul constitue le traitement approprié; néanmoins, on conseillera l'adjonction d'un régime riche en légumes verts.

P.-L. Marie.

H. A. Singer et **H. A. Lévy.** ***Rapports du syndrome de Felty (syndrome de Chauffard-Still) et des syndromes voisins avec la septicémie lente*** (*Archives of internal Medicine*, t. 57, n° 3, Mars 1936, p. 576-600. — Les Américains décrivent sous le nom de syndrome de Felty un syndrome observé chez les adultes et caractérisé par de l'arthrite déformante, de la splénomégalie, des adénopathies, de la leucopénie et des pigmentations. Il se confond avec notre syndrome de Chauffard-Still.

S. et L. en relatent 2 cas très détaillés avec autopsie, l'un chez un homme de 55 ans, l'autre chez une femme de 49 ans. Les hémocultures mirent en évidence du streptocoque viridans chez les 2 malades. De leur côté, les lésions histologiques (prolifération de l'endothélium, en particulier au niveau de la rate, le foie et les ganglions, érythrophagocytose, augmentation marquée des cellules plasmatiques dans la rate, les ganglions et la moelle osseuse, lésions des cellules de la moelle osseuse et spécialement des granulocytes, glomérulo-néphrite, lésions de myocardite avec nodules d'Aschoff typiques) étaient identiques, lésions endocarditiques mises à part, à celles de l'endocardite lente.

Se basant sur ces 2 observations et sur l'étude de la littérature, S. et L. estiment que plusieurs syndromes qui comprennent de la polyarthrite déformante et de la splénomégalie ou des adénopathies représentent des types différents de la même maladie et relèvent d'une septicémie à forme lente, le plus souvent causée par le streptocoque viridans, mais pouvant vraisemblablement être produite par d'autres bactéries. La septicémie causale n'atteint pas seulement les articulations, mais aussi le système hématopoiétique, rate, foie, moelle osseuse, ganglions. La réponse variable des différents tissus du malade conditionne la symptomatologie et rend compte des aspects cliniques variés observés.

P.-L. Marie.

G. L. Birnbaum et **P. N. Coryllos.** ***Traitement de la pneumonie lobaire expérimentale du chien par le pneumothorax. Un cas traité par cette méthode chez l'homme*** (*Archives of internal Medicine*, t. 57, n° 3, Mars 1936, p. 610-629). — B. et C. ont réalisé une pneumonie expérimentale chez 40 chiens en leur insufflant dans la bronche du lobe inférieur sous contrôle bronchoscopique une culture de pneumocoques et ont étudié l'influence du pneumothorax artificiel.

Ils ont constaté que le taux de la mortalité se montrait étroitement en rapport avec la présence d'une pneumococcémie, que l'on ait fait usage ou non du pneumothorax. Ce dernier est incapable de soulager les symptômes cliniques et de faire baisser le taux de la mortalité.

B. et C. soulignent les inconvénients de la méthode: elle favorise l'immobilisation du poumon, gêne son drainage et facilite l'obstruction bronchique dans le lobe atteint et dans les lobes sains. Ils insistent sur la double nature infectieuse de la maladie, en tant qu'infection pulmonaire locale et qu'infection générale, et ils mettent en garde contre les appréciations trop enthousiastes du mérite du pneumothorax dans la pneumonie énoncées récemment (Behrend et Cowper).

Ils analysent un cas où cette thérapeutique fut employée chez l'homme et où la crise se produisit 24 heures après l'établissement du pneumothorax. Ils ne croient pas que ce résultat doit être attribué à la collapsothérapie. Ils pensent que le pneumothorax peut soulager la douleur pleurale, mais qu'il reste sans influence sur la crise.

P.-L. Marie.

R. B. Gibson et **W. M. Fowler.** ***Infantilisme et diabète*** (*Archives of internal Medicine*, t. 57, n° 4, Avril 1936, p. 695-707). — G. et F. rapportent les observations de 8 malades, 4 garçons et 4 filles, âgés de 16 à 20 ans et présentant un syndrome d'infantilisme, soit partiel, soit complet, apparemment lié à l'hypofonction de l'anté-hypophyse (aménorrhée, absence de développement des caractères sexuels secondaires, hypoplasie de l'utérus chez les filles, organes génitaux externes et système pileux peu développés chez les garçons, absence de tendance à l'obésité, mentalité normale), associé à un certain degré de nanisme bien proportionné, chez lesquels existait un diabète grave, qui s'était récemment développé chez 2 sujets et qui, chez les autres, était bien contrôlé par le régime depuis qu'il avait été reconnu. Tous ces patients avaient de la cétonurie quand ils présentaient de la glycosurie; l'un d'eux avait eu récemment du coma diabétique. La selle turcique était normale chez 4 malades, une peu plus petite que normalement chez les autres.

Contrairement à Apert et à Gardiner qui ont observé des cas de ce genre, G. et F. ne croient pas que le nanisme soit le résultat de l'état diabétique, ni non plus qu'il s'agisse d'un « infantilisme insulinogène » (Fliederbaum). La coexistence de l'insuffisance hypophysaire et du diabète chez ces sujets est en désaccord avec les recherches expérimentales récentes sur l'interrelation entre l'hypophyse prise en bloc et les îlots de Langerhans. Si l'on admet l'existence d'une hormone pancréatotrope produite par l'anté-hypophyse, on incriminera un déficit de cette hormone, associé à une production insuffisante des hormones de croissance et gonadotrope.

P.-L. Marie.

A. Blau. ***Valeur respective de la caféine et des solutions hypertoniques de glycose et de chlorure de sodium pour faire diminuer la pression du liquide céphalo-rachidien*** (*Archives of internal Medicine*, t. 57, n° 4, Avril 1936, p. 749-757). — Chez 51 sujets, soit normaux, soit ayant de l'hypertension intracranienne, B. a comparé les effets de l'injection intraveineuse de solution glycosée hypertonique (à 50 pour 100), de solution salée hypertonique (à 15 pour 100) et de solution de benzoate de caféine (0 gr. 32) sur la pression du liquide céphalo-rachidien.

L'injection de solution glycosée ne fit diminuer la pression que dans relativement peu de cas. Chez quelques sujets, elle provoqua une augmentation immédiate et prolongée de la pression. L'effet de la caféine fut plus marqué et plus constant, mais transitoire comme avec le glycose. Par contre, l'injection de solution salée hypertonique détermina uniformément une baisse nette et plus durable de la pression du liquide céphalo-rachidien. Aussi B. conseille-t-il d'abandonner en pratique l'usage des solutions hypertoniques de glycose au profit de celles de chlorure de sodium, quand on désire diminuer la pression intra-cranienne.

P.-L. Marie.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

D. H. Shelling et **Catherine B. Hopper.** ***Etudes sur le calcium et le phosphore. Expérience clinique de 6 ans du « Viostérol » dans la prophylaxie et le traitement du rachitisme, de la tétanie et des maladies connexes*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 58, n° 3, Mars 1936, p. 137-209). — L'efficacité de l'ergostérol irradié comme préventif et curatif du rachitisme et de la tétanie a été étudiée dans plusieurs centaines de cas au cours d'une période de 6 années.

Le diagnostic de rachitisme, ou de non-rachitisme, est basé sur l'examen clinique, les radiographies des os et, dans beaucoup de cas, le dosage du calcium et du phosphore inorganique du sérum. Dans quelques cas, il y eut même examen histologique par biopsie.

Chez les enfants nés à terme, de race blanche ou noire, une dose de 5 gouttes de Viostérol contenant environ 1.125 unités internationales prévient efficacement le rachitisme.

Chez les prématurés ou les nourrissons à croissance trop rapide, un léger degré de rachitisme est apparu chez quelques enfants recevant 5 à 10 gouttes de Viostérol; pas de rachitisme chez ceux recevant des doses plus fortes. Il semble que chez ces enfants 15 à 20 gouttes quotidiennes de Viostérol soient nécessaires pendant les trois à quatre premiers mois de la vie; on peut ensuite réduire les doses.

Chez 134 cas de rachitisme évolutif, dont il fut possible d'estimer le temps de guérison, au moyen de radiographies successives, l'efficacité d'une dose donnée d'ergostérol est en rapport avec la gravité de la maladie. Les cas légers guérissent en 1 à 2 mois, même avec des petites doses de Viostérol, tandis que les cas sévères ne se terminent qu'après 3 à 5 mois d'un traitement comportant de larges doses de médicament. La durée moyenne de guérison fut de 3 mois 7. Le groupe recevant 10 gouttes par jour de Viostérol guérit en 5 mois. Celui à qui on administrait 15 gouttes guérit en 4 mois 3 et chez les sujets recevant 20 gouttes, 3 mois 1.

Les enfants à qui on administra 30 à 60 gouttes par jour n'eurent pas un temps de guérison moyen raccourci.

Il y eut un seul cas réfractaire, chez une fille de 10 ans traitée avec 20 gouttes de Viostérol pendant 45 jours.

Dans la tétanie infantile, l'ergostérol activé associé aux sels de calcium diminua les symptômes dans plus de 100 cas et ramena le taux du calcium sanguin aux chiffres normaux.

On n'a jamais constaté de manifestations toxiques dues au Viostérol bien que certains enfants aient pris 30 et même 60 gouttes par jour pendant plusieurs mois. Aucune lésion ne fut constatée chez 27 sujets examinés post-mortem.

Robert Clément.

A. R. Rich et **G. L. Duff.** ***Etudes expérimentales et anatomo-pathologiques sur la pathogénie de la pancréatite aiguë hémorragique*** (*Bulletin of the John Hopkins Hospital*, t. **58**, n° 3, Mars 1936, p. 212-252). — Dans la pancréatite hémorragique humaine et expérimentale, les lésions vasculaires sont constantes et spécifiques, elles sont caractérisées par la nécrose rapide des parois des artères et des veines. L'hémorragie pancréatique résulte de la rupture des vaisseaux nécrosés.

La nécrose vasculaire est le résultat direct de l'action du suc pancréatique sur les parois vasculaires et c'est la trypsine qui en est responsable.

Une lésion analogue peut être produite sur les vaisseaux n'importe où dans le corps par injection locale de trypsine purifiée ou de suc pancréatique. L'activation du trypsinogène par l'entérokinase n'est pas nécessaire; la chaleur détruit le pouvoir nécrosant de la trypsine.

A part les rares exemples de rupture primitive ou d'occlusion des vaisseaux pancréatiques, la pancréatique hémorragique est le résultat de la rupture des conduits acineux avec fuite de la sécrétion dans le tissu interstitiel de la glande.

La plupart des cas de pancréatite hémorragique résultent d'une obstruction partielle à la sortie de la sécrétion externe causant la distension et la rupture des acini et des petits conduits en avant de l'obstruction et permettant au suc pancréatique de se répandre dans le tissu interstitiel. Si le suc pancréatique est riche en trypsine et vient au contact des artères et des veines, leurs parois sont détruites, provoquant une hémorragie diffuse ou localisée suivant la dimension des vaisseaux altérés. S'il n'y a pas d'artères ou de veines dans le voisinage de la rupture acineuse ou si la sécrétion épanchée n'a qu'un faible pouvoir tryptique, la nécrose graisseuse produite par la lipase est le seul résultat.

Tandis que dans quelques cas de pancréatite hémorragique, l'obstruction est faite par un calcul biliaire logé dans l'ampoule de Vater ou dans son voisinage, dans la plupart des cas, le canal pancréatique principal n'est pas obstrué, l'obstacle est situé au niveau de ses branches. Le reflux de la bile dans les canaux pancréatiques n'est pas une cause fréquente de pancréatite hémorragique et les cas prouvés sont rares. Même dans le cas de reflux bilieux, la pancréatite ne se développe que s'il y a rupture du système acineux.

La métaplasie de l'épithélium des branches du canal pancréatique conduisant à une obstruction partielle et à la dilatation consécutive des acini et des petits canaux est très fréquente. Elle a été trouvée dans 18,6 pour 100 de 150 autopsies consécutives chez des individus au-dessus de 25 ans. La rupture des acini distendus au-dessus de l'obstruction métaplasique est également fréquente mais dans la plupart des cas, le dommage est limité à une nécrose graisseuse en foyer et à de petites hémorragies. Des attaques de douleurs épigastriques peuvent être associées à ces accidents. La métaplasie épithéliale des canaux pancréatiques avec dilatation acineuse a été trouvée dans 13 cas sur 24 de pancréatite hémorragique. Cette forme d'obstruction des canaux pancréatiques joue un rôle important dans la pathogénie de beaucoup de pancréatites hémorragiques.

Robert Clément.

A. R. Rich, P. H. Long, J. Howard-Brown et **A. Bliss** et **L. E. Holt** junior (Baltimore). ***La production expérimentale de la coqueluche chez les chimpanzés*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **58**, n° 4, Avril 1936, p. 286-306). — Des expériences poursuivies sur 17 chimpanzés ont montré qu'il était possible de reproduire dans tous ses symptômes la coqueluche, soit par inoculation buccale d'un exsudat trachéal de coqueluche humaine non filtré, soit par inoculation de culture pure de bacille de Bordet-Gengou. Dans les deux cas l'inoculation fut suivie d'un catarrhe rhino-pharyngé, de la toux paroxystique typique de la coqueluche avec lymphocytose sanguine, réaction de fixation du complément positive vis-à-vis du Bordet-Gengou, culture positive du bacille dans les projections buccales au maximum de la toux.

L'inoculation des singes avec du sang stérile ou des sécrétions respiratoires *filtrées* prises au début de la maladie ne provoqua qu'un catarrhe respiratoire sans toux. Dans un cas, on put transférer d'un singe à l'autre ce catarrhe au moyen d'un filtrat stérile des sécrétions naso-pharyngées.

L'inoculation de bacille de Bordet-Gengou par la bouche à des singes guéris du coryza produit par les filtrats ci-dessus donna deux résultats positifs et deux négatifs.

La nature de ce virus filtrable et sa relation avec la coqueluche sont encore inconnues.

Ces expériences montrent que l'introduction par voie buccale de sécrétions trachéales d'un coquelucheux ou d'une culture de bacille de Bordet-Gengou est susceptible de réaliser une coqueluche expérimentale chez le chimpanzé.

Robert Clément.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

H. F. Swift et **M. P. Schultz.** ***Recherches sur la synergie. I. Action synergique de la staphylotoxine et de l'extrait de cristallin de bœuf chez le lapin. II. Effet stimulant synergique de l'hypersensibilité aux protéines étrangères et aux bactéries*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **63**, n° 5, Mai 1936, p. 703-736). — Il ne manque pas d'exemples de renforcement d'une action antigénique provoqué par l'association d'un second antigène. Rappelons les expériences de Ramon sur le renforcement du pouvoir immunisant de la toxine diphtérique par l'injection simultanée de tapioca ou de vaccins bactériens, renforcement que Ramon attribuait à l'inflammation locale exercée par la substance synergique. S. et S. ont associé l'extrait de cristallin de bœuf et la staphylotoxine et ont constaté que le degré d'immunisation et de sensibilisation des lapins était bien plus grand que chez les animaux traités par la toxine staphylococcique seule. Comme l'effet de cette dernière s'exerce quand les deux substances sont introduites séparément dans les mêmes tissus à quelques heures d'intervalle ou introduites dans des veines différentes, il semble bien que l'intime association de ces substances n'est pas nécessaire et que l'hypothèse de Burky qui invoquait une union réelle de la toxine et du cristallin pour former un complexe antigénique nouveau et puissant ne puisse être soutenue désormais. Pour expliquer les phénomènes observés, il est plus rationnel d'admettre une action stimulante de la toxine staphylococcique sur les cellules produisant les anticorps, non seulement localement, au niveau de l'injection, mais aussi sur l'ensemble de ces cellules dans l'organisme.

Il faut remarquer encore que les animaux immunisés activement contre la toxine staphylococcique ne présentent pas d'effet synergique à l'égard de cette toxine, quand on l'introduit en même temps que l'extrait de cristallin, et que, d'autre part, la neutralisation de la toxine *in vitro* ne réussit pas à supprimer l'effet stimulant synergique.

Dans une autre série d'expériences chez le lapin, S. et S. ont étudié l'influence sur la synergie de deux autres états d'allergie, l'hypersensibilité résultant de l'inoculation répétée de streptocoques non hémolytiques et l'hypersensibilité déterminée par une protéine non bactérienne, le sérum de cheval. Le second antigène employé fut aussi de l'extrait de cristallin, soit homologue, soit hétérologue. Ils ont comparé la production relative d'anticorps et l'intensité des réactions cutanées et ophtalmiques. Ils ont constaté une influence synergique du cristallin vis-à-vis de la sensibilité au sérum de cheval, l'action du cristallin étant encore plus marquée quand on emploie l'antigène streptococcique, l'effet synergique étant toutefois moins accusé que dans les expériences antérieures faites avec la toxine staphylococcique.

D'autre part, l'extrait provenant d'un cristallin hétérologue s'est montré un antigène beaucoup plus puissant que celui de cristallin homologue, même dans des conditions où la réactivité des animaux immunisés avait été très fortement stimulée.

P.-L. Marie.

F. S. Robscheit-Robbins et **G. H. Whipple.** ***Influence de l'infection et de l'intoxication sur la production d'hémoglobine dans l'anémie expérimentale*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **63**, n° 5, Mai 1936, p. 767-787). — On admet généralement que l'infection est un facteur capital dans la genèse de l'anémie; on a tendance à mettre l'état anormal du sang sur le compte d'une destruction sanguine ou d'une absorption intestinale insuffisante.

Pour étudier ce problème, R. et W. se sont adressés à leurs chiens rendus depuis longtemps anémiques par spoliations sanguines répétées, soumis à un régime approprié maintenant leur poids constant.

Une endométrite persistant pendant plusieurs semaines, chez deux de ces chiens anémiques, provoqua une profonde diminution de la production d'hémoglobine.

De même, un abcès aseptique térébenthiné fit diminuer la production d'hémoglobine nouvelle chez le chien anémique quand on le nourrit avec du foie, mais surtout durant les périodes de jeûne, périodes où l'habituelle production abondante d'hémoglobine se trouva réduite à zéro.

Une absorption insuffisante intestinale peut être éliminée comme facteur d'anémie ayant quelque importance dans plusieurs des expériences relatées ci-dessus. Il en est de même pour la destruction des globules rouges.

Ces expériences font penser à une perturbation du métabolisme interne des protéines en relation avec l'édification de la grosse molécule d'hémoglobine dans l'organisme; cette perturbation serait responsable de l'inhibition de la production d'hémoglobine que l'on constate dans ces circonstances. R. et W. estiment que ce même facteur joue souvent un rôle important dans l'anémie humaine.

Par ailleurs, ils ont constaté que l'accélération du métabolisme réalisée au moyen de la thyroïdine ou du dinitrophénol ne modifie pas la production d'hémoglobine chez ces chiens anémiques; ces deux substances qui agissent sur le métabolisme n'ont pas d'effet sur les tissus hémopoïétiques.

P.-L. Marie.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA (Milan)

Scolari. *Endocardite pariétale et myocardite purulente gonococcique* (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. 77, Avril 1936, p. 211-242). — Une jeune femme de 19 ans, atteinte d'urétrite et de cervicite gonococciques, vit, à l'occasion d'un accouchement, son infection se généraliser: fièvre discrète, arthropathies fugaces et migrantes, troubles cardiaques. On constata l'existence d'un souffle systolique aortique. Puis l'état général et articulaire s'améliora, les arthrites disparurent, sauf celle de la région tarso-métatarsienne. La fièvre tomba et la malade commença à marcher. Alors, de nouveau, l'état général s'aggrava, la fièvre s'éleva à 40° et s'y maintint. Un état typhoïde s'installa avec vomissements graves, des signes alarmants d'insuffisance myocardique apparurent; une pleurésie déjà existante s'aggrava compliquée de bronchopneumonie. La mort survint dix jours après le début des accidents.

L'hémoculture montra la présence d'un diplocoque à Gram négatif.

A l'autopsie, on nota une endocardite ulcéro-verruqueuse du canal aortique à siège pariétal; une suppuration de la paroi du myocarde avec abcès multiples; une endocardite verruqueuse des valvules sigmoïdes aortiques. On trouva dans les végétations de l'endocarde des masses informes de cocci à Gram négatif.

Des gonocoques, typiques quant à leur forme, furent constatés dans les leucocytes des foyers purulents du myocarde.

Au pied, on trouva une arthrite suppurée avec nombreux gonocoques. Il est probable que c'est de ce point qu'est partie la généralisation de l'infection, lorsque la malade améliorée commença à marcher.

R. Burnier.

POLICLINICO INFANTILE (Turin)

Igino Biddau (Rome). ***La diathermie transrénale dans la néphrite infantile*** (*Policlinico infantile*, année 4, n° 5, Mai 1936, p. 165-180). — La diathermie semble donner des résultats favorables dans le traitement de certaines néphrites, mais les avis sont divergents au sujet de ses indications. Strauss, Eppinger, Ewig, Jours, Gantenberg la conseillent dans les néphrites aiguës, Kolisker dans les néphrites aiguës et dans les cas de sclérose rénale; Kowarschik, Bronner et Schüller uniquement dans les formes chroniques; Nagelschmidt dans les cas subaigus et chroniques; Gedda et Chiesa dans presque toutes les variétés de néphropathies. La crainte formulée par Nagelschmidt de voir l'hyperémie du rein augmenter à la suite des séances de diathermie paraît injustifiée à Eppinger, Laylo, Rein, etc.

B. a utilisé *la néphrodiathermie* dans 22 cas de néphropathie bilatérale: 18 enfants étaient atteints de glomérulonéphrite aiguë diffuse, 2 de glomérulonéphrite aiguë avec tendance néphrotique, 1 de néphrite chronique avec tendance néphrotique, 1 de néphrose lipoïdique pure.

La technique détaillée des applications est donnée dans ce mémoire. Ces applications furent pratiquées par série de 10 à 12 avec séances quotidiennes ou parfois espacées de 2 jours. Dans 2 cas, les séances eurent lieu deux fois par jour. B. recommande d'être prudent surtout pour les premières applications, de n'augmenter l'ampérage que très progressivement et de tenir compte de la susceptibilité particulière des téguments de l'enfant à la chaleur.

Dans ce premier article, B. publie 13 observations, la plupart concernant des glomérulo-néphrites aiguës. Les résultats de la diathermie paraissent avoir influencé favorablement la diurèse et avoir dans l'ensemble fourni une amélioration appréciable du syndrome sanguin et urinaire. L'albuminurie, la cylindrurie et l'hématurie ont été notamment abaissées dans plusieurs cas. Toutefois, dans l'un d'eux, l'albuminurie et l'hématurie ont augmenté à la suite des applications et l'on dut y renoncer. Dans plusieurs observations, on note une diminution rapide de l'hypertension.

Dans un cas de *néphrose lipoïdique pure*, survenu chez un garçon de 2 ans 1/2, le résultat a été complètement négatif. Malgré la diathermie, l'anasarque n'a fait qu'augmenter et la diurèse diminuer.

Cette première série d'observations montre les effets favorables de la diathermie transrénale sur les glomérulo-néphrites aiguës de l'enfance.

G. Schreiber.

LA PEDIATRIA (Naples)

Rosolino Pitruzzella (Palerme). ***Recherches sur la séroréaction de Auricchio et Chieffi dans la leishmaniose viscérale*** (*La Pediatria*, vol. 44, n° 4, 1er Avril 1936, p. 285-295). — C'est en étudiant la valeur de la réaction de Henry pour le diagnostic de la malaria qu'Auricchio et Chieffi constatèrent que cette réaction est positive dans la leishmaniose.

P. a recherché cette séroréaction de Auricchio et Chieffi sur 105 enfants dont 24 étaient atteints de leishmaniose viscérale, 35 bien portants et tous les autres atteints de maladies variées. Il s'est servi d'une solution de peptonate de fer à 1/600 mise en présence de 0 cmc 20 de sérum du sang prélevé à jeun. Il a pu ainsi constater que cette réaction présente une valeur indiscutable dans tous les cas avérés de leishmaniose viscérale. Les résultats peuvent être douteux par contre dans certaines formes légères et récentes. Ils ne sont pas non plus probants chez les sujets soumis depuis longtemps au traitement et améliorés par ce dernier.

Dans certaines maladies infectieuses à long cours, caractérisées par une splénomégalie accentuée (malaria, mélitococcie) ou par une anémie splénomégalique, la réaction peut également être légère et donner lieu à la production de petits flocons minuscules en suspension.

P. aboutit donc à cette conclusion qu'une réaction fortement ou moyennement positive permet d'affirmer la leishmaniose, tandis qu'une réaction faiblement positive ne le permet pas.

G. Schreiber.

Francesco Tecilazic (Milan). ***Recherches hématologiques « in vivo » sur la moelle osseuse dans la première enfance. Modifications du sang périphérique et de la moelle osseuse à la suite d'injections de protéines hétérogènes*** (*La Pediatria*, vol. 44, n° 4, 1er Avril 1936, p. 304-314). — T. a étudié les modifications que présentent le sang périphérique et la moelle osseuse chez 10 nourrissons sains âgés de 2 ans ayant reçu une injection de 8 cmc de lait et voici les conclusions auxquelles il aboutit:

Les modifications des globules blancs du sang périphérique, provoquées par l'introduction parentérale d'une protéine hétérogène, s'accompagnent d'altérations évidentes et constantes de la moelle osseuse.

Aussi bien dans le sang périphérique que dans la moelle osseuse, on peut, à la suite des injections de protéine hétérogène, distinguer trois phases bien distinctes: la première, qui finit 3 heures après l'injection, est caractérisée par une leucopénie du sang circulant et une forte destruction des granulocytes de la moelle, avec déplacement vers les formes de maturité et diminution du nombre total des éléments de cette série.

Quant à la deuxième phase (de la 3e à la 12e heure), on constate dans la moelle une forte augmentation des myéloblastes tandis que les cellules mûres qui s'y étaient accumulées passent dans la circulation, provoquant une leucocytose notable.

Pendant la troisième phase (de la 12e à la 36e heure), on note un retour progressif à l'état normal.

L'introduction parentérale de protéines hétérogènes provoque tout d'abord une forte destruction des granulocytes, surtout évidente dans les organes granulopoïétiques. A la suite de la leucopénie hématique qui en résulte, on observe un rappel des granulocytes de la moelle et comme conséquence une poussée de formation de nombreuses cellules jeunes.

G. Schreiber.

Ignazio Gatto. *L'abcès pulmonaire dans l'enfance* (*La Pediatria*, vol. 44, n° 5, 1er Mai 1936, p. 381-424). — Le mémoire qui réunit 12 observations fournit à l'auteur l'occasion d'une mise au point de cette importante question médico-chirurgicale. Contrairement à l'école française qui étudie séparément l'abcès du poumon et la gangrène pulmonaire, G .les groupe dans une même étude, en excluant seulement les lésions pulmonaires diffuses caractérisées par la formation d'une série de petits foyers de suppuration qu'on observe principalement chez les nourrissons.

Au point de vue étiologique, les abcès du poumon chez les enfants sont le plus souvent consécutifs à une pneumonie. Des 12 observations de G., 7 reconnaissent cette origine; 2 autres sont consécutives à une embolie, 2 à une mastoïdite, et 1 à une appendicite. G. signale que les abcès pulmonaires sont souvent dans l'enfance précédés d'une infection des premières voies digestives: phlegmon de l'amygdale, sténose de l'œsophage, ou d'une opération sur les amygdales. L'abcès du poumon se constitue aussi à la suite de la pénétration d'un corps étranger dans les voies aériennes. Dans un des cas, l'enfant avait avalé un bouton de chemise.

Du point de vue anatomo-pathologique et clinique, G. décrit *une forme aiguë diffuse, une forme aiguë circonscrite, une forme subaiguë et chronique*. Il signale les complications multiples qui peuvent surgir et tout d'abord les complications pleurales, qu'il a rencontrées dans 4 cas. Dans l'un d'eux, il a décelé un hydrothorax abondant dont l'apparition augmenta les difficultés du diagnostic.

L'hémoptysie n'est pas rare. Elle peut se produire lors de la première vomique ou apparaître ultérieurement. L'expulsion d'une faible quantité de sang n'aggrave pas le pronostic, mais l'hémoptysie peut, comme dans le cas 5, entraîner la mort.

Le diagnostic des abcès du poumon est plus difficile chez l'enfant que chez l'adulte à cause de l'absence possible des vomiques et de la fréquence des pleurésies interlobaires. Le diagnostic est particulièrement délicat à la période de formation de l'abcès. Une douleur thoracique, parfois très violente, du côté où réside l'abcès, a une certaine valeur (Reydermann-Nesteronsvskaja). L'hyperleucocytose offre également de l'intérêt: elle a été de 14.000 à 26.000 dans les cas de G.

L'examen bronchoscopique et la radiographie surtout sont très utiles pour le diagnostic. Les images fournies par cette dernière varient suivant la variété de l'abcès. La radiographie révèle parfois des abcès multiples (cas 10).

Du point de vue du diagnostic différentiel, G. étudie les diverses éventualités qui peuvent se présenter. Il insiste surtout sur les pleurésies interlobaires et le pyopneumothorax.

Au point de vue du traitement, G. signale qu'on ne peut pas formuler des règles valables pour tous les cas. La ligne de conduite varie suivant la nature

des germes, la forme clinique, la période de la maladie, le voisinage de la plèvre, etc. Il convient aussi de ne pas oublier qu'un grand nombre d'abcès pulmonaires circonscrits guérissent spontanément (un tiers des cas suivant Köttgen).

Comme procédés thérapeutiques, G. indique la protéinothérapie, l'hémothérapie (surtout dans les abcès pulmonaires des nourrissons), la vaccinothérapie, la sérothérapie antigangreneuse.

La chimiothérapie spécifique et notamment l'emploi des arsénobenzènes peut donner de bons résultats, surtout si l'on décèle des spirochètes (cas 3). L'émétine est à prescrire contre les abcès amibiens.

Les ondes courtes ont été employées deux fois sans succès par Köttgen.

Le drainage bronchoscopique est d'un emploi souvent difficile chez les enfants surtout chez les tout petits. La collapsothérapie n'a été utilisée que dans un petit nombre de cas. Dans un cas de Lesné, la guérison est survenue à la suite d'un pneumothorax spontané. La phrénicectomie a été effectuée avec succès par Elizalde et Cervini.

Si l'on envisage un traitement chirurgical, il convient de préciser la période optima pour l'intervention. La plupart des auteurs conseillent de ne pas attendre au delà de deux mois.

La localisation de l'abcès étant précisée par la radiologie on peut effectuer une simple pleurotomie, mais il est préférable de faire une costotomie et de procéder à la pneumotomie d'emblée ou dans un second temps réalisé 8 ou 10 jours plus tard. Si l'on dispose d'un appareil pratique pour obtenir l'hyperpression, l'opération peut être effectuée en un seul temps dans tous les cas. Il est préférable de se servir d'un bistouri électrique et il est recommandable de ne pas suturer la plèvre au poumon.

G. signale qu'il n'a pas recueilli d'exemples en pédiatrie de plombage extrapleural à l'aide de paraffine, ni de lobectomies.

G. Schreiber.

Ginlio Suranyi (Budapest). ***Sur l'hypotonie infantile*** (*La Pediatria*, vol. 44, nº 5, 1er Mai 1936, p. 425-436). — Dans ce deuxième mémoire, S. étudie tout d'abord les relations entre l'hypotonie et l'*appareil circulatoire*. Il confirme l'opinion de Pal et Kisch suivant lesquels l'hypotonie s'accompagne d'une façon constante d'une flaccidité des parois vasculaires avec diminution de leur tonicité. Dans un petit nombre seulement des cas (5 pour 100 des cas de S.), la cause de l'hypotonie peut être attribuée à une lésion du myocarde.

S. envisage ensuite les relations entre l'hypotonie infantile et *le système neuro-végétatif*. Il aboutit à cette conclusion que l'hypotonie infantile ne peut être considérée ni comme vagotonique, ni comme sympathicotonique, mais le fait dominant est une diminution de la réactivité. Les troubles du système nerveux végétatif qu'on observe se produisent en sens variable et on ne peut les considérer que comme des manifestations complémentaires et non déterminantes de l'hypotonie.

Au point de vue des *glandes à sécrétion interne*, Lawrence soutient depuis 20 ans que l'hypotonie infantile est fonction de l'hypoadrénalinémie et de fait on observe un certain nombre de symptômes analogues à ceux qu'entraîne cette dernière: hypotension artérielle, tonicité réduite des parois vasculaires; abaissement du taux de la glycémie, action favorable de l'administration d'adrénaline sur le tonus vasculaire, etc.

S. n'a pas constaté de symptômes d'hypothyroïdisme, mais par contre il relève des troubles qui peuvent être attribués à une réduction partielle du fonctionnement de l'hypophyse. Selon lui, l'hypotonie infantile est la conséquence d'un retard du développement d'origine constitutionnelle.

G. Schreiber.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

Nishiyama et **Nagahama**. ***Les nodosités juxta-articulaires de Jeanselme*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. 39, nº 2, Février 1936, p. 152-165). — On sait que les nodosités juxta-articulaires de Jeanselme s'observent en dehors des pays tropicaux. N. et N. en rapportent 2 cas chez des Japonais atteints antérieurement de douleurs rhumatismales.

Une fillette de 10 ans vit apparaître, il y a trois ans, après du rhumatisme articulaire, des nodosités aux poignets, aux avant-bras, aux pieds; certaines semblaient kystiques et la ponction évacua, en effet, une masse laiteuse, contenant de la cholestérine, du calcium et du phosphore. La radiographie montra une ombre au niveau de ces nodosités.

Chez un homme de 52 ans, qui avait eu du rhumatisme dix-huit ans auparavant, apparurent récemment des nodosités autour des articulations: mains, coudes, genoux, hanches. La ponction ne put rien vider. Ces nodosités étaient transparentes aux rayons X, mais on constata nettement une raréfaction osseuse des articulations, au voisinage des nodosités.

Les lésions histologiques de ces nodosités correspondent aux descriptions classiques.

Bien que le Wassermann ait été négatif dans les 2 cas, on essaya un traitement antisyphilitique qui demeura d'ailleurs sans résultat.

Burnier.

Hasegawa et **Yamamoto**. ***Une teigne du singe inoculable à l'homme : microsporon fulvum*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. 39, nº 2, Février 1936, p. 220-222). — Chez 3 singes (*macacus cynomolgus*) provenant des îles du sud du Japon, H. et Y. observèrent des placards arrondis ou ovalaires, nettement limités, et recouverts de squames grises pityriasiformes, sur la face, les oreilles, les régions génitales et inguinales.

Les cultures permirent de constater dès le septième jour l'apparition d'un champignon à zone centrale jaunâtre qui fut identifié avec *Microsporon fulvum*, découvert en 1907 à Buenos-Aires par Uriburu.

On inocula ce champignon sur le cuir chevelu d'un enfant et, au bout de 16 jours, apparut un placard arrondi et saillant, avec pustules folliculaires et qui, au bout de vingt et un jours, revêtit l'aspect d'un kérion.

La teigne du singe, déterminée par *Microsporon fulvum*, est donc inoculable à l'homme; sur le cuir chevelu, elle donne un kérion typique; sur la peau glabre, elle cause une tricophytie maculo-vésiculeuse.

Burnier.

Tagami. ***2 cas d'ulcère aigu de la vulve*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. 39, nº 3, Mars 1936, p. 47). — T. présente à la Société japonaise de dermatologie 2 cas d'ulcère aigu de la vulve; l'un chez une femme de 21 ans avec ulcérations multiples, ponctiformes, disséminées sur les grandes et petites lèvres, le clitoris, la région anale, apparaissant à chaque menstruation; des ulcérations analogues existent à la muqueuse de la lèvre supérieure. L'autre cas, observé chez une femme de 34 ans, se caractérise par de petites ulcérations des petites lèvres et du vagin, ainsi que de la muqueuse buccale (langue, joue, lèvre inférieure, palais).

Des bacilles épais à Gram positif furent constatés dans les deux cas au niveau des ulcérations.

Histologiquement, l'épiderme est œdémateux et infiltré au voisinage de l'ulcération; dans la couche supérieure du chorion existent de forts infiltrats, surtout périvasculaires; les vaisseaux sont dilatés et remplis d'hématies. Des bacilles à Gram positif ont pu être colorés dans les tissus chez une malade.

Burnier.

Yamazaki. ***Recherche du bacille tuberculeux dans le sang de malades atteints de tuberculose cutanée et de lupus érythémateux*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. 39, nº 4, Avril 1936, p. 76). — Y. a employé la méthode de Löwenstein chez 59 malades atteints de diverses tuberculoses cutanées et 29 lupus érythémateux.

Il obtint 3 résultats positifs: 1 lupus vulgaire et 2 érythèmes indurés de Bazin (5,08 pour 100 des cas).

Dans le lupus érythémateux, les recherches ont toujours été négatives.

Au cours de ses recherches, Y. cultiva 4 bacilles acido-résistants non pathogènes (1 lupus miliaire disséminé de la face, 3 lupus érythémateux).

Parmi les 3 souches qui se révélèrent comme des bacilles tuberculeux de type humain (1 lupus vulgaire, 1 érythème induré), 2 se montrèrent peu virulentes.

Burnier.

Kobori. ***Agranulocytose après des injections de salvarsan*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. 39, nº 4, Avril 1936, p. 78-79). — K. rapporte à la Société japonaise de Dermatologie l'observation d'une femme de 21 ans, atteinte d'un chancre syphilitique de la lèvre inférieure avec volumineuse adénopathie sous-maxillaire, et qui reçut un traitement mixte, arsenico-bismuthique. Du 20 Mai au 31 Mai, elle reçut sans incident 2 injections de 24 cmc de salvarsan et 3 injections bismuthiques. Le 5 Juin, on injecte 36 centigr. de salvarsan; la fièvre s'éleva aussitôt à 40°1 et persista. Le 15 Juillet, les deux amygdales devenaient volumineuses et se couvraient d'enduits nécrosés, de même que les gencives. Le sang montrait l'aspect habituel de l'agranulocytose. La mort survint le 20 Juin.

A la même Société, Sato et Takenouchi rapportent également un cas d'agranulocytose, observée chez un syphilitique de 25 ans: après la deuxième injection de salvarsan apparut un érythème morbilliforme avec fièvre élevée, qui dura cinq jours. Après un intervalle de sept jours, la fièvre reparut à 41° avec frissons. On constata alors une angine et une gingivite nécrotiques. Le sang montrait l'aspect habituel de l'agranulocytose.

S. et T. firent alors au malade de l'autohémothérapie qui eut un résultat surprenant. Les troubles généraux graves disparurent presque complètement en quarante-huit heures et, au bout d'une semaine, les lésions sanguines et la nécrose gingivale et amygdalienne étaient complètement disparues.

S. et T. considèrent l'autohémothérapie comme la meilleure méthode curative de l'agranulocytose post-salvarsanique.

Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

P. Mallet-Guy. ***La pancréatectomie gauche. Indications et technique*** (*Journal de Chirurgie*, t. **47**, n° 5, Mai 1936, p. 771-791). — La résection ou mieux l'amputation de la partie gauche du pancréas s'oppose par sa simplicité aux pancréatectomies céphaliques et aux résections segmentaires du corps.

Les ablations de glande pancréatique sont physiologiquement justifiées parce qu'elles n'entraînent aucun des signes d'insuffisance de sécrétion externe ou interne que déterminent seules les ablations expérimentales totales ou presque ; de plus, elles ne créent pas de fistule pancréatique mais un simple écoulement passager par reflux venu du canal de Wirsung sectionné.

Elles ont trouvé jusqu'ici leurs indications dans l'ablation de tumeurs et dans l'hyperinsulinisme. C'est une indication nouvelle dans les pancréatites chroniques, à lésions occupant surtout la partie gauche de la glande, que M.-G. a le mérite d'avoir posée et suivie trois fois. Déjà en 1910, Gobiet avait fait une exérèse fragmentaire pour pancréatite chronique mais cette tentative était restée sous le coup des critiques de Guleke (1912) auxquelles échappent les interventions bien réglées, sans gravité, curatrices, dont M.-G. donne les observations résumées.

Ces interventions ont permis l'ablation avec la partie gauche amputée :

1° De grosses lésions kystiques développées après une première poussée de pancréatite œdémateuse qui prouvent la filiation des lésions (P. Brocq) et, la lésion scléreuse étant elle-même génératrice de nouvelles poussées œdémateuses, l'existence d'un cercle vicieux que vient interrompre la pancréatectomie.

2° Des lésions scléreuses avec foyer nécrotique au contact de la rate.

3° Des lésions scléro-kystiques avec petits foyers de nécrose.

Elles ont été suivies d'une cicatrisation rapide, après arrêt spontané d'un écoulement passager du suc pancréatique, et de la disparition des accidents douloureux qui, dans les deux premières observations, duraient depuis cinq et dix-huit ans après avoir été traités sans succès par des interventions répétées.

La description minutieuse de la technique est suivie de considérations :

a) Sur l'évolution de la glycémie dont le taux augmente aussitôt après l'opération pour atteindre 2 gr. et même 3 gr. 06 pour 1.000, mais qui, efficacement modérée par l'insulino-thérapie, revient en une dizaine de jours à la normale, restant deux mois après l'opération inférieur (1 gr. 21 pour 1.000) à celui de la période pré-opératoire (1 gr. 60 pour 1.000) chez le malade de la 3e observation.

b) Sur l'écoulement du suc pancréatique qui n'est pas de règle, mais qui, survenant soit aussitôt soit vers le quinzième jour, est de 30 à 170 gr. par vingt-quatre heures, n'irrite pas la peau, est diminué par les injections d'atropine, et se tarit spontanément en quelques semaines.

P. Grisel.

LYON CHIRURGICAL (Paris)

P. Santy et **P. Mallet-Guy.** ***La lithiase des voies biliaires intra-hépatiques*** (*Lyon Chirurgical*, t. **33**, n° 3, Mai-Juin 1936, p. 257-281). — A l'aide de documents personnels et de ceux de la littérature, S. et M.-G. s'efforcent d'établir la possibilité du diagnostic de la lithiase biliaire intra-hépatique. Ce diagnostic peut être tenté : soit avant toute opération, soit au cours, soit surtout après celles faites pour une calculose apparente du cholédoque qui est presque toujours associée à la calculose intra-hépatique insoupçonnée.

La lithiase intra-hépatique se présente sous trois formes :

La *forme diffuse* étendue à la totalité de l'arbre biliaire, au-dessus de toute ressource.

La *forme localisée* dont les calculs encore multiples siègent dans les canaux d'un lobe hépatique : lobe gauche, 5 cas ; lobe droit, 1 cas ; lobe carré, 1 cas ; lobe de Spiegel, 1 cas (Sorlin). Découverte par le palper, ou au cours de l'exploration digitale d'un abcès hépatique qu'elle a déterminé, cette lithiase intra-hépatique est opérable et parfois curable.

Le calcul solitaire inclus dans le parenchyme hépatique même, qui a pu être repéré radiographiquement et opéré (Noguchi, Volpe, Heitz-Boyer), mais qui est d'autre nature et est mis hors du sujet de ce mémoire.

La fréquence, mieux établie par les anatomopathologistes que par les chirurgiens a été fixée à 5 pour 100 (Tudichum) et même 9 pour 100 (Schröder) des cas de lithiase biliaire.

Au point de vue clinique, pas de signe révélateur, ceux observés étant ceux de l'angiocholite, de l'abcès hépatique qui ne sont que secondaires.

Il y a possibilité d'une tolérance sans infection.

C'est l'insuccès de la cholécystectomie, de la cholécystostomie, de la cholédocotomie qui devra soulever l'hypothèse d'une calculose intra-hépatique.

Son influence diverse sur les suites post-opératoire est montrée par les observations personnelles du mémoire.

Obs. I. — Femme 43 ans, avec début aigu ; cholécystostomie avec écoulement biliaire puriforme. La persistance de l'ictère, la reprise de l'hyperthermie motivent, deux mois après, l'incision du cystique et de l'hépatique avec drainage. Mort le lendemain. A l'autopsie, gros abcès sous-phrénique, angiocholite diffuse suppurée et remplissage de l'arbre biliaire par des calculs.

C'est un cas de forme diffuse mortelle dont le diagnostic, s'il eût été possible, aurait contre-indiqué la seconde intervention.

Dans une seconde observation, de la même forme, la mort survint encore le lendemain d'une cholédocotomie.

Dans la forme localisée la première opération peut être suivie de guérison passagère jusqu'à la reprise des accidents douloureux et de l'ictère, ou à l'apparition d'une complication particulière, l'*abcès lombaire*, que montre l'observation suivante :

Obs. III. — Femme 23 ans. Syndrome cholédocien. Cholécystectomie, drainage du cholédoque pour cholécystite suppurée et cholédoque distendu par du pus avec calcul ; un autre calcul dans l'hépatique. Cicatrisation et état satisfaisant de trois mois. Abcès du bord antérieur du lobe gauche incisé. Mort vingt-trois jours plus tard. Un calcul volumineux et d'autres plus petits obstruaient les divisions de la branche gauche de l'hépatique.

Enfin, il peut y avoir tolérance indéfinie, et une malade de Starr-Judd est morte dix ans après une cholédocotomie, de maladie intercurrente ; l'autopsie montra alors des calculs intra-hépatiques bien tolérés.

L'étude radiographique, dans les conditions habituelles, est de peu de secours.

L'injection lipiodolée des voies biliaires post-opératoire a donné dans l'observation III, des images lacunaires répondant aux calculs ; mais cette constatation n'a été que rétrospective, après l'autopsie.

La cholangiographie au cours de l'opération, de Mirizzi, paraît à S. et M.-G. devoir permettre le diagnostic et comme telle est par eux conseillée.

Le mémoire se termine par l'étude des possibilités techniques de la découverte des calculs : par exploration à la sonde du canal hépatique ; par le palper bimanuel, la découverte des calculs indiquant l'hépatotomie au bistouri électrique ; par l'exploration de la cavité de l'abcès secondaire, permettant la découverte et l'ablation des calculs qui en ont été la cause.

P. Grisel.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

L. Bade. ***Les ictères des diabétiques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 5, 31 Janvier 1936, p. 171-174). — L'étude des relations entre le diabète et les ictères survenus chez les sujets diabétiques conduit à se poser deux questions essentielles :

1° Y a-t-il une cause étiologique commune au diabète et à l'ictère provoquant la complication ictérique chez les malades ?

2° Si l'ictère est indépendant étiologiquement du diabète, le trouble de la nutrition entraîné par l'affection diabétique favorise-t-il le déclenchement de l'ictère provoqué par des causes banales ?

Une série d'observations cliniques, biologiques et anatomo-pathologiques démontre tout d'abord la diversité des causes provoquant les ictères chez les diabétiques.

Mais dans tous les cas, B. note une chute pondérale considérable pendant l'ictère et constate une baisse notable de la tolérance hydro-carbonée du malade précédant l'apparition de l'ictère. Il admet que cette aggravation de la tolérance est un signe de trouble cellulaire hépatique montrant que la cellule du foie, déjà altérée par le diabète, est rendue plus incapable encore de fixer le glycogène du fait de l'apparition du facteur nouveau ictérigène.

Ces phénomènes observés par B. chez ses malades ne lui paraissent pas permettre des conclusions générales sur l'ictère des diabétiques.

Il déduit seulement que l'ictère ne lui est pas apparu étiologiquement différent chez le diabétique et chez le non diabétique. Seules les circonstances favorisantes constituées par la diminution de résistance hépatique peuvent expliquer, selon lui, que certaines causes, incapables de produire un ictère chez un sujet normal, pourraient être ictérigènes chez un diabétique.

G. Dreyfus-Sée.

Sandor Fritz. ***Intoxication aiguë par les alcalis chez l'enfant*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 5, 31 Janvier 1936, p. 174-176). — De l'étude clinique, thérapeutique et pronostique de cette intoxication fréquente en Hongrie, S. F. conclut à la nécessité de mesures légales prophylactiques interdisant la vente, dans le commerce, de potasse.

Lors de l'intoxication aiguë, les enfants doivent autant que possible, dès que les premiers soins ont été donnés, être mis dans des services spécialisés où pourra être pratiqué le tubage précoce (dès le deuxième ou le sixième jour) préconisé par Salzer. Ce traitement permet, chez les malades

qui survivent aux premiers symptômes graves, d'éviter, dans 70 à 90 pour 100 des cas, la sténose œsophagienne. Lors du développement de sténose grave, la gastrostomie doit être pratiquée plus précocement qu'on ne l'admettait autrefois.

Le traitement par sondage précoce doit être commencé si possible du 2e au 6e jour, au plus tard avant le 14e jour. Ultérieurement, la dilatation de la sténose constituée ne pourrait être entreprise qu'après 6 à 8 semaines. La prophylaxie et le traitement des intoxications par les acides sont à peu de choses près comparables à ceux des intoxications par les alcalis, mis à part les premiers soins qui comportent des essais de neutralisation par des substances différentes.

G. Dreyfus-Sée.

Henderson. ***Atélectasie, collapsus pulmonaire massif et états analogues post-opératoires*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 83, n° 8, 21 Janvier 1936, p. 305-309). — Dans ce travail de physiologie clinique, H. souligne l'intérêt dans l'étude de la mécanique respiratoire des processus pathologiques qui réalisent un collapsus pulmonaire plus ou moins complet.

Le collapsus massif d'abord attribué à une contraction spasmodique pulmonaire est en réalité, on le sait maintenant, conditionné par une suppression du tonus des muscles respiratoires. Plusieurs observations expérimentales au cours d'essais sur la respiration artificielle confirment le rôle du tonus musculaire respiratoire. En outre l'étude radiologique de la respiration et de l'apnée appuie ces conclusions. Enfin les incidents post-anesthésiques parfois observés aussi bien après anesthésie générale qu'après anesthésie rachidienne et décrits comme troubles circulatoires ou shock opératoire relèveraient aussi des modifications du « tonus ».

Ce tonus musculaire général est normalement maintenu par le système nerveux au moyen des fibres nerveuses émanant des cellules des cornes antérieures de la moelle. Celles-ci peuvent subir de multiples influences, en particulier d'origine centrale. En outre, il faut tenir compte de l'action réflexe cutanée et de celle des centres respiratoires. Une anesthésie trop poussée peut arrêter la respiration et inhiber le tonus.

Les données physiologiques normales du tonus demeurent incomplètes, mais les notions connues doivent rendre très prudent quant aux processus de narcose afin d'éviter de troubler le tonus musculaire général dont l'altération retentit gravement sur la vitalité du malade.

G. Dreyfus-Sée.

Dinkler. ***Un cas d'atrophie et hyperplasie locale et limitée du tissu adipeux sous-cutané après traitement insulinique (lipodystrophie insulinique)*** [*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 83, n° 8, 21 Février 1936, p. 312-313]. — La lipodystrophie insulinique a été observée et décrite par de nombreux auteurs. Dans le cas de D., il s'agissait, semble-t-il d'une forme spéciale dans laquelle s'associaient 2 processus, l'un lipo-hypoplasique, l'autre lipo-hyperplasique. La malade était soumise au traitement insulinique depuis 1930. Elle recevait 2 injections quotidiennes de 30 unités, au niveau des 2 cuisses. A partir de 1934 on put constater l'apparition progressive de la dépression à type spécial de lipodystrophie au niveau de la partie supérieure de la cuisse, s'opposant à une déformation inverse constituée par un coussinet de graisse renflant la partie inférieure au-dessus du genou. Ces dépôts graisseux circonscrits ont été signalés isolément dans quelques observations et considérés comme une forme particulière de lipodystrophie insulinique, mais il est curieux de rencontrer associés chez un même malade, dans une même région, les 2 formes de lipodystrophie par hypo- et par hyperplasie adipeuse.

G. Dreyfus-Sée.

O. Naegeli-Bern. ***Contribution à l'étude biologique de l'herpès simple*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 83, n° 9, 28 Février 1936, p. 339-344). — Depuis la découverte de l'inoculabilité de la maladie herpétique, on admet l'existence d'un virus herpétique qui constituerait une sorte d'agent invisible de contagion : il en résulte que l'herpès rentre dans le groupe des maladies infectieuses; cependant nombre d'auteurs hésitent avant de classer cette affection très spéciale parmi les infections.

L'étude systématique pratiquée par N. conclut à l'existence de multiples différences entre la maladie herpétique et les infections habituellement observées.

La courbe de fréquence de l'herpès aux divers âges de l'existence ne correspond pas à celle des diverses maladies infectieuses, elle se rapproche plutôt de la courbe de fréquence et des modalités héréditaires du psoriasis.

Les localisations herpétiques très fixes dans leur apparition ne présentent pas d'analogie avec les points de fixation des virus, mais semblent primitivement localisées comme lors d'affections cutanées constitutionnelles (par exemple : xanthomes palpébraux).

La contagiosité de l'herpès est d'un mode très spécial puisque cette affection est inoculable, mais ne paraît spontanément jamais contagieuse.

Aucun germe connu pathogène ne se comporte à la façon de ce virus inconnu, pas plus dans les essais culturaux que lors du déterminisme des manifestations cliniques. N. conclut qu'il ne s'agit pas d'un virus infectant, et soulève l'hypothèse d'un mode de réaction spécial de certains organisme qui seraient constitutionnellement aptes à des réactions cellulaires d'un type particulier, leurs cellules étant pourvues de la propriété de sécréter une substance inoculable. Cette substance que N. avait comparée d'abord au bactériophage serait cependant vraisemblablement différente. Les notions actuelles ne permettent nullement d'en préjuger les caractères.

G. Dreyfus-Sée.

E. Hesse. ***La névrite crurale et son traitement par la vitamine B*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 83, n° 9, 28 Février 1936, p. 356-357). — Sur 10 malades atteints de cette affection et observés pendant un an, 4 ont été soumis au traitement par la vitamine anti-névritique B.

Trois d'entre eux, malades depuis longtemps, ont été très rapidement et notablement améliorés. Le premier de ces malades, qui avait été traité depuis plus d'un mois par diverses thérapeutiques médicamenteuses et physiques sans aucune amélioration, a pu se lever après 6 injections de vitamine pratiquées en 12 jours.

Le 4e cas concerne un sujet atteint depuis très peu de temps et dont les douleurs ont régressé dès la 2e injection, le malade étant pratiquement guéri par 8 injections.

Ce traitement logique et facile à appliquer serait intéressant à introduire systématiquement dans l'arsenal thérapeutique des diverses névrites souvent très opiniâtres et douloureuses.

G. Dreyfus-Sée.

R. Bayer. ***Le régime de Freund-Kaminer dans le traitement du cancer par le médecin praticien*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 83, n° 12, 20 Mars 1936, p. 467-469). — Jusqu'à présent le rôle médical en présence d'un cancer consistait à diagnostiquer l'affection et à appliquer un traitement purement symptomatique, la thérapeutique curative étant constituée par les procédés chirurgicaux ou physiques d'irradiation.

Le régime de Freund et Kaminer apporterait au médecin praticien un moyen adjuvant précieux et actif à utiliser en combinaison avec les diverses thérapeutiques actuelles.

Freund avait établi que les échanges hydrocarbonés étaient troublés chez les cancéreux dans le sens d'une augmentation de la sécrétion sans augmentation de l'excrétion, le lieu de cette hyperformation étant la tumeur et le sérum.

Les hydrates de carbone ne se trouvent pas en excès sous forme de glycogène normal, mais constituent un complexe indestructible avec une substance albuminoïde. La substance ainsi constituée serait la source de l'énergie permettant la croissance spécifique cancéreuse.

La recherche de la lyse des cellules cancéreuses par le sérum normal a montré à Freund et Kaminer que le substratum de la lyse paraissait être un acide gras soluble dans l'éther du type des acides gras à 2 atomes de carbone saturés. Cette substance normale est remplacée par un acide non saturé dans le sérum cancéreux.

Les auteurs ont cru trouver l'origine de la formation de cette substance dans l'intestin où se produiraient des fermentations spéciales dans lesquelles interviendraient le coli-bacille, alors que la substance lytique normale serait particulièrement abondante dans le thymus.

Ces diverses notions théoriques ont amené à préconiser une thérapeutique du métabolisme et un régime spécial ayant pour but d'agir sur le colibacille et de favoriser les processus physiologiques inverses de ceux qui provoquent le cancer.

Ce régime comporte essentiellement 4 points :

1° Diminution de l'apport hydrocarboné.

2° Suppression stricte des graisses d'origines animales ainsi que de leurs succédanés. Satisfaction du besoin de graisses par de l'huile.

3° Lutte contre les fermentations acides par des variations alimentaires individuelles déterminant l'alcalose.

4° Désinfection et nettoyage médicamenteux et physique de l'intestin.

Les résultats obtenus grâce à ce traitement adjuvant seraient très satisfaisants ; amélioration de cas jugés inopérables, radiothérapie mieux supportée et plus efficace, suppression de récidives ou de généralisations, etc.

G. Dreyfus-Sée.

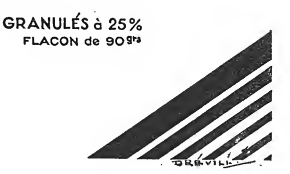
W. Hertz. ***Observations sur les stomatites aphteuses*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 83, n° 13, 27 Mars 1936, p. 516-517). — Il a été possible de mettre en évidence (par l'expérimentation chez l'animal) le virus de la stomatite aphteuse sur la muqueuse buccale des malades traités par des applications répétées d'antiseptiques. La stomatite aphteuse est apparue à plusieurs reprises à titre épisodique au cours de l'évolution de rougeole typique ou lors de syphilis congénitale floride.

L'expérimentation chez le cobaye a montré que l'immunité acquise par une première inoculation de virus a disparu complètement au bout de 10 mois et que sa disparition est probablement encore plus précoce.

G. Dreyfus-Sée.

ARCHIV für GYNAEKOLOGIE
(Berlin)

Erich Werbatus. ***Le traitement de l'avortement habituel par les tablettes de thyroïdine*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. 160, fasc. 3, 2 Avril 1936, p. 589-593). — L'avortement habituel relève de causes que l'on ne diagnostique pas toujours. On a parlé d'avitaminoses. Les maladies des glandes endocrines constituent, aussi, une catégorie de causes, plus complexes d'ailleurs. Il est vraisemblable qu'il n'y en a pas une seule seulement à être en jeu, mais plusieurs à la fois



toutes peut-être. A ce propos, W. fait une revue succincte de quelques auteurs ayant écrit sur les avortements d'origine endocrinienne et, en particulier, d'origine thyroïdienne à la suite des travaux de Hertoghe et de ceux de Fruhinsholz. Ces auteurs ont émis la supposition que beaucoup d'avortement d'origine mal définie sont le résultat d'une insuffisance thyroïdienne des premiers mois. La fonction du corps thyroïde est normalement exaltée jusqu'au 4e mois de la grossesse, puis elle diminue pour remonter de nouveau au cours de la lactation. W. préconise l'emploi de tablettes thyroïdiennes dans le traitement de la mort habituelle du fœtus. Son expérimentation a porté sur 24 cas. En outre, il prescrivit soit le repos au lit, soit l'allègement des conditions de travail, la femme vaquant, cependant à ses occupations journalières. A toutes les patientes, il fut fait un Wassermann. Les tablettes de thyroïdine furent administrées à doses croissantes, depuis le commencement de la grossesse jusqu'aux premiers mouvements de l'enfant, trois fois par jour 10 centigr; — du cinquième au huitième mois, trois fois 25 centigr.; — du huitième mois à l'accouchement trois fois par jour 30 centigr. Il n'a vu aucune intolérance; mais il est important de noter que les préparations furent prises à doses progressives. L'auteur a enregistré 23 succès complets et 1 insuccès. Il donne un résumé de ses observations. Les résultats encourageants obtenus grâce à ce traitement de l'avortement habituel par les préparations thyroïdiennes l'amènent à préconiser chaudement cette méthode. Il ne prétend pas avoir résolu le problème de l'avortement habituel dans sa totalité.

Henri Vignes.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Berlin)

P. Graf (Neumunster). ***Au sujet du traitement du charbon externe*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. **246**, fasc. 9-10, Mars 1936, p. 594-601). — G. a pu observer 142 cas de charbon qu'il classe en deux catégories d'après la période d'observation : 104 cas, de 1901 à 1925 avec 8 morts ; 38 cas, de 1925 à 1935 avec 2 morts, soit 10 morts : au total une mortalité de 7 pour 100.

Cette amélioration dans le pourcentage des guérisons obtenues tient à un changement radical du mode de traitement. Avant la guerre, la thérapeutique consistait dans la suppression de la pustule maligne soit par l'excision, soit par la cautérisation ignée avec adjonction de hautes doses d'alcool à ingérer et de tonicardiaques. Puis après la guerre, la pustule maligne fut laissée en place, et le néosalvarsan employé comme unique moyen thérapeutique. Enfin, depuis 1927, la sérothérapie intraveineuse fut entreprise et cela avec un succès complet. En résumé : avec la destruction mécanique de la pustule maligne on a enregistré 5 morts; avec la médication chimique intraveineuse on a enregistré 5 morts ; avec la sérothérapie tous les cas observés guérirent.

G. assigne à l'infection charbonneuse une évolution en 3 stades. A la période initiale qui succède à une incubation, de durée variable (quatre à quatorze jours), seule la pustule existe, sans fièvre, avec conservation d'un bon état général. Au deuxième stade de l'évolution apparaissent les frissons, les douleurs dans les membres, la sensation de faiblesse, la céphalée, l'hyperthermie à 40°. Au troisième stade se manifestent les signes indicateurs de l'évolution: si la température baisse elle est favorable, si le malade est très agité elle est fatale.

Les manifestations cutanées telles que de larges escarres cutanées, un œdème s'étendant depuis le cou jusqu'à la région inguinale traduisent une intoxication grave de l'organisme, mais G. ne spécifie pas le siège de la pustule maligne. Il laisse entendre plus loin qu'elle siège au niveau de la face, au niveau de la nuque.

G. recommande, comme conclusion, l'administration de sérum anticharbonneux par voie veineuse, la dose quotidienne variant selon les cas de 40 à 60 cmc jusqu'à concurrence de 180 cmc.

Wilmoth.

E. Keller (Stuttgart). ***Au sujet de la sous-maxillarite post-opératoire*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. **246**, fasc. 9-10, Mars 1936, p. 602-608). — D'après les statistiques, la parotidite aiguë post-opératoire est observée dans la proportion de 1 à 3 pour 1.000 interventions, particulièrement dans celles qui intéressent l'appareil génital de la femme, et, chez les gens âgés, le tractus gastro-intestinal.

K. rappelle que *Seifert* s'étonnait que la pullulation intrabuccale post-opératoire du staphylocoque aboutisse dans la totalité des cas d'infection des glandes salivaires à une localisation parotidienne, mis à part un cas de localisation à la glande sublinguale. Cependant, en 1889, Hanau publiait le premier cas de sous-maxillarite aiguë post-opératoire. K. rapporte deux cas personnels : l'un a trait à un homme de 69 ans opéré pour ulcère prépylorique et trois ans après pour une cholécystite suppurée. L'opéré succombe après avoir présenté un gonflement de la région sous-maxillaire et une rougeur de l'*ostium umbilicale;* l'autopsie révéla en outre d'une péricholécystite suppurée, de la présence de calculs dans le cholédoque, quelques taches de stéatonécrose autour du pancréas, un abcès détruisant la totalité de la glande sous-maxillaire.

La seconde observation a trait à une femme qui avait subi une urétérotomie pour calcul. Deux jours après l'intervention, gonflement, inflammation douloureuse de la glande sous-maxillaire gauche, puis apparition des signes d'un œdème de la glotte. L'incision de la tuméfaction sous-maxillaire ne donne pas issue à une suppuration, mais l'œdème de la glotte rétrocède. Mort le dix-huitième jour. A l'autopsie on trouve la glande sous-maxillaire gauche complètement détruite par un abcès, et dans la glande sous-maxillaire droite un abcès latent gros comme une cerise.

K. admet que l'infection par voie ascendante du canal excréteur doit être invoquée pour la sous-maxillarite, comme pour la parotidite.

P. Wilmoth.

THERAPIE der GEGENWART (Berlin)

Hans Mayer et **Otto Koch**. ***Le traitement des affections tuberculeuses des séreuses*** (*Therapie der Gegenwart*, t. **77**, n° 4, Avril 1936, p. 158-162). — Les diverses atteintes des séreuses que la tuberculose peut provoquer, la tuberculose proprement dite des séreuses, les sérosites diffuses, les pleurésies tuberculeuses et principalement les pleurésies idiopathiques ou primitives ou encore celles qui surviennent au cours d'un traitement par pneumothorax, la péricardite et la péritonite tuberculeuses, la polysérosite sont en grande partie liées à l'existence d'un foyer tuberculeux viscéral. Les règles générales du traitement de la tuberculose sont donc valables en pareil cas.

En cas de pleurésie sèche, on devra renforcer le traitement général, par exemple par le repos au lit et par des révulsions locales (chaleur, frictions, iode, etc.). En cas de pleurésie exsudative, M. et K. attendent, en général, avant de ponctionner, que la fièvre ait disparu, c'est-à-dire 3 à 4 semaines. En tout cas, ils ne laissent pas persister du liquide plus de 6 semaines, de crainte que les adhérences ne soient augmentées. Un tiers du liquide extrait est remplacé par de l'air. En même temps, il est administré une préparation de calcium en injection intraveineuse. En cas d'empyème tuberculeux vrai, on devra également ponctionner, voire recourir à une thoracoplastie extra-pleurale ou à une phrénicectomie. En cas d'empyème par infection mixte, on procédera au drainage fermé d'après la méthode de Bülau avec lavage antiseptique au Rivanol (0,5 pour 1.000). Dans tous les cas, on aura à surveiller l'état du poumon.

La péritonite exsudative isolée est d'un bon pronostic comme la pleurésie du même genre et réagit bien sous l'influence d'irradiation solaire, dans un climat approprié à condition qu'il n'y ait pas de fièvre. Les résultats sont bons à condition que la cure soit prolongée de 6 mois à 1 an. Si la laparotomie exploratrice peut, dans quelques cas, être nécessaire, par contre, cette intervention ne doit pas être pratiquée dans un but thérapeutique. Néanmoins, les injections intra-péritonéales d'air, d'oxygène ou d'azote donnent quelques succès. Les Les grandes adhérences peuvent, d'autre part, créer une indication opératoire vitale. D'ailleurs, dans certaines circonstances, l'ablation d'une masse iléocæcale a pu avoir des résultats bien que les dangers d'une fistule stercorale soient grands. A cela doit venir s'ajouter un traitement général et médicamenteux.

La péricardite tuberculeuse affecte surtout les gens âgés sans que bien souvent on arrive à retrouver un foyer primitif. Les adhérences peuvent avoir des conséquences très défavorables. La ponction précoce avec insufflation d'air doit être pratiquée sans que d'ailleurs on arrive à prévenir les adhérences qui amèneront à envisager une intervention sur le péricarde (section ou ablation).

Les polysérosites ont un pronostic relativement favorable sauf si le péricarde est atteint. Les méningites tuberculeuses sont toujours classées parmi les affections inguérissables. Le traitement par la tuberculine de tuberculoses séreuses n'a donné aucun résultat à M. et K. Les doses faibles sont sans effet et les doses fortes peuvent provoquer des accidents.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT FUR KREISLAUFFORSCHUNG (Leipzig)

F. Tigges. ***L'électrocardiogramme dans l'hypoxémie*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. **28**, n° 7, 1er Avril 1936, p. 225-234). — Pour déterminer l'action du manque d'oxygène sur le cœur de l'homme, T. a soumis 15 sujets sains dans une chambre de décompression à une diminution de pression correspondant à 5.000 ou 7.000 mètres d'altitude. Le patient était interrogé pour apprécier le moment où débutait le mal des altitudes. L'examen clinique montra que jamais les sujets ne se plaignirent de troubles subjectifs dans la région du cœur pendant les expériences; ils n'éprouvèrent pas non plus la sensation du degré d'anoxémie existante.

Les modifications produites par l'anoxémie jusqu'aux premiers signes de la perte de conscience sont l'augmentation de la fréquence du pouls, le raccourcissement de P—R et de R—T, l'élévation de l'onde P et l'aplatissement de l'onde T. Après le retour à une oxygénation normale les modifications suivantes se produisent: diminution de fréquence des pulsations au-dessous du niveau initial, arythmie respiratoire, allongement de P—R et de R—T supérieur aux valeurs initiales, diminution de hauteur de l'onde P qui devient inférieure à sa valeur initiale et élévation de l'onde T. En somme, l'apparition du mal des altitudes n'est pas indiquée par des modifications spécifiques de l'électrocardiogramme.

Dans une autre série d'expériences des malades cyanosés furent placés pendant 10 à 25 minutes dans une atmosphère d'oxygène pur. La fréquence du pouls diminua chez tous; les intervalles R—T et S—T s'allongèrent; la hauteur de P diminua; T devint plus élevé quand il était positif et tendit à s'aplatir quand il était négatif.

P.-L. Marie.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE

(Leipzig)

Wirtz. ***Le sort des nourrissons soumis au contact de tuberculeux atteints de tuberculose ouverte*** (*Zeitschrift für Tuberculose*, t. **74**, n° 5, 1936, p. 333-339). — W. rapporte ses observations concernant 168 nourrissons suivis entre les années 1926 et 1933. La proportion des enfants infectés fut grande, puisque 115 d'entre eux furent atteints de tuberculose, soit 67 pour 100. Le plus grand nombre fut infecté par le père. Un rôle capital doit être attribué aux conditions hygiéniques; lorsque celles-ci sont défectueuses, le taux de la mortalité et de la morbidité est considérable. Sur ces 168 enfants, il en succomba 13, soit 7,7 pour 100, la plupart d'entre eux au cours de la première année.

G. Basch.

Kairiukschtis. ***Quelques axiomes concernant la localisation de la tuberculose pulmonaire; leur signification diagnostique et pratique*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **74**, n° 5, 1936, p. 339-345). — On est d'accord pour reconnaître que l'atteinte du poumon droit au cours de la tuberculose pulmonaire est plus fréquemment observée que celle du poumon gauche, et, d'autre part, que les lésions gauches ont plus souvent un caractère progressif que les lésions droites. Sur 2.000 cas observés par K. en l'espace de douze ans, se rencontrent :

a) Au stade 1 de Turban : 150 cas à droite, 100 à gauche.

b) Au stade 2 de Turban : 358 cas à droite, 280 à gauche.

c) Au stade 3 de Turban : 286 cas à droite, 388 à gauche.

Il ressort de cette statistique que le processus commence généralement à droite, que le poumon gauche est généralement pris plus tard, mais subit une évolution plus rapide avec tendance aux processus exsudatifs, avec formation de cavernes. Il semblerait en somme que c'est l'atteinte du poumon gauche et ses modalités qui règlent le pronostic. En outre, et ceci est d'une grosse valeur pratique, quand les deux poumons semblent atteints de façon identique, on peut considérer généralement que le gauche est plus lésé que le droit, et l'on commencera de ce côté le pneumothorax. En cas de pneumothorax double, la compression la plus forte, la surveillance la plus attentive seront exercées du côté gauche.

G. Basch.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN

(Leipzig)

R. Brumm. ***Chloro-anémie achylique*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **57**, n° 14, 4 Avril 1936, p. 257-272). — La chloro-anémie achylique, individualisée en 1929 par Kaznelson, a pour signes principaux une anémie chronique de type hypochrome et de l'achylie. Autour d'eux se groupent d'autres symptômes assez particuliers: atrophie de la langue avec brûlures, troubles de la déglutition conditionnés par des modifications atrophiques du pharynx et de l'œsophage, troubles trophiques des ongles (ongles ternes, minces, à surface concave), paresthésies, arthralgies.

De nombreux cas ont été publiés depuis 1929, la plupart originaires du nord de l'Europe et des Etats-Unis. Mais cette affection se rencontre également dans l'ouest de l'Allemagne, comme le prouvent les 7 cas relatés par B. et recueillis en l'espace de 6 ans.

Ils concernent tous des femmes dont l'âge varie de 37 à 46 ans. A côté de l'achylie, parfois remplacée par une simple hypoacidité, et de l'anémie hypochrome (hémoglobine entre 40 et 60 pour 100), il existait souvent de l'anisocytose, de la poïkilocytose, de la polychromatophilie, de la tendance à la leucopénie et parfois une légère lymphocytose. On retrouvait, en outre, isolés ou associés les symptômes précédemment signalés.

Pour B. la chloro-anémie achylique est vraisemblablement une chlorose des adultes. Par contre, malgré certaines analogies avec l'anémie pernicieuse et malgré les travaux récents de Hoff et Sauerstein, l'individualité de la chloro-anémie achylique du point de vue pathogénique doit être proclamée.

Des observations rapportées ressort l'importance du manque de fer, ou de la mauvaise utilisation du fer par suite du défaut d'acide chlorhydrique.

Le fer réduit à hautes doses (3 à 6 gr. par jour), associé à la pepsine et à l'acide chlorhydrique, s'est montré très efficace.

P.-L. Marie.

JOURNAL BELGE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

(Bruxelles.)

Ch. Rahier. ***De l'influence de la diététique et de l'insulinothérapie sur l'augmentation de la tolérance aux glucides dans le diabète*** (*Journal belge de gastro-entérologie*, t. **4**, n° 2, Février 1936, p. 97-101). — Les insuffisances de la sécrétion pancréatique interne au début d'un diabète ne sont pas l'indice de lésions définitives et irréparables. Il existe parmi les diabétiques un certain nombre de malades chez lesquels une récupération de la fonction insulinienne est possible à la condition de soustraire la glande à l'épuisement causé par un régime trop riche en hydrates de carbone et en la soumettant à un repos relatif grâce à une réduction sévère du taux des glucides et à l'usage de l'insuline.

Un sujet qui ne tolérait en 1931 que 90 gr. de glucides à l'aide de 30 unités d'insuline a vu, à la suite d'un régime strictement végétarien, sa glycémie revenir à la normale et sans insuline et peut tolérer des rations de 300 à 400 gr. d'hydrates de carbone avec un état physique excellent et un poids normal.

La déficience de la sécrétion insulinienne telle que la montrent le tableau clinique et les dosages biochimiques ne correspond pas à une situation irrémédiable. Sous l'influence d'un régime rationnel la sécrétion du suc pancréatique interne est susceptible de reprendre une certaine activité. Une dizaine d'observations montrent que progressivement la glycémie revient à la normale et que tout en diminuant l'insuline au point d'arriver à la supprimer, le sujet est susceptible de tolérer une quantité d'hydrates de carbone baucoup plus considérable qu'au début de la maladie.

Robert Clément.

J. Bottin (Liége). ***Troubles déterminés chez le chien par la suppression ou la perte complète de la sécrétion externe du pancréas*** (*Journal belge de gastro-entérologie*, t. **4**, n° 4, Avril 1936, p.229-249). — Ce travail est le résultat d'expériences poursuivies chez le chien en supprimant la sécrétion pancréatique grâce à une fistule duodénale sur canule ou sur sonde ou par abouchement cutané du duodénum.

Si l'on élimine la sécrétion externe du pancréas sans atteindre la glande endocrine, les animaux présentent des troubles graves du métabolisme des glucides, des lipides et des protides auxquels ne tardent pas à s'ajouter des troubles du métabolisme de l'eau, des matières minérales et surtout du calcium. Dans ces conditions, il est rare que les animaux survivent plus de deux mois. Si on ajoute à la nourriture des ferments pancréatiques, on peut conjurer les troubles observés pendant une période indéfinie pour certains animaux, moins longue pour d'autres. Dans tous les cas, la suppression de la sécrétion pancréatique externe au niveau du duodénum engendre une dégénérescence grave du foie qui semble la cause primordiale de la mort.

La perte complète du suc pancréatique chez un chien vigoureux, en modifiant le moins possible l'état anatomique de l'intestin et en accordant à l'animal une nourriture adaptée aux nouvelles conditions physiologiques, est compatible avec une survie moyenne de un mois. Dans la première partie de l'évolution d'une fistule pancréatique, le sang ne subit que des altérations discrètes, mais par la suite, l'alimentation du chien devient déficiente, les vomissements apparaissent et on voit s'installer un tableau de déshydratation progressive avec déminéralisation sanguine, augmentation de l'urée et de l'azote non protéique, déviation vers l'acidose de l'alcalinité ionique du sang.

Robert Clément.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

(Montréal)

J. E. Gendreau, A. Jutras et **O. Dufresne** (Montréal). ***Nucleus pulposus calcifié*** (*L'Union médicale du Canada*, t. **65**, n° 3, Mars 1936, p. 207-213). — Chez une femme de 34 ans, ayant présenté des douleurs lombaires extrêmement violentes et à début brusque, une radiographie montra deux petites taches opaques disposées symétriquement entre la 10e et la 11e vertèbre dorsale. Le disque intervertébral, un peu pincé à sa partie antérieure par les bourrelets osseux des vertèbres qui tendent à se rejoindre, est incrusté de deux lentilles calcaires de teinte uniforme. Le diagnostic porté fut celui de chondrite intervertébrale calcaire ou « nucleus pulposus calcifié ».

Attribuant à cette anomalie les douleurs lombaires, un traitement radiothérapique fut institué qui amena une amélioration notable.

La chondrite intervertébrale calcaire est une affection rare. On n'en connaît guère qu'une trentaine de cas. Elle ne s'accompagne pas nécessairement de douleurs et celles-ci peuvent se manifester dans des territoires autres que celui des disques lésés. Le diagnostic tout entier repose sur la radiographie.

Le traitement dans les cas douloureux consiste dans le repos au lit; la radiothérapie semble être un adjuvant thérapeutique d'action rapide.

Robert Clément.

NEW-YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE

R. N. Tripp. ***Lipoïdose de la peau et des muqueuses*** (*New York State Journal of medicine*, t. **36**, n° 8, 15 Avril 1936, p. 619-626). — Il s'agit d'un enfant de 13 ans qui, normal à sa naissance, présenta dès l'âge de 6 mois des lésions ulcéreuses et d'infiltration disséminées au niveau de la langue, de la bouche, de la gorge, de la face, des mains et des pieds. L'infiltration jaunâtre en aires est surtout marquée au niveau des oreilles, des paupières, des coudes et à la partie dorsale des doigts, autour des ongles. Les lèvres sont fissurées et l'envahissement du pharynx et du larynx gêne la parole au point qu'elle n'est plus qu'un murmure.

Les biopsies de la peau et des muqueuses montrent de larges plaques peu colorées et homogènes et une réaction fibreuse importante. Les colorations électives ont montré que peau, muqueuses et ganglions étaient infiltrés d'un lipoïde phosphoré du groupe des phosphatides. D'autre part, dans le sang total, il y avait augmentation des lécitines alors que le cholestérol et les graisses totales étaient à peu près normaux.

Le père et la mère avaient une glycémie élevée et une courbe de tolérance aux hydrates de carbone

se rapprochant de celle des diabétiques, mais pas de glycosurie; tous deux avaient une cholestérolémie élevée. L'enfant lui-même avait une courbe glycémique à tendance diabétique.

La suppression des hydrates de carbone et du sucre amena une légère amélioration; l'adjonction de 5 unités d'insuline deux fois par semaine semble avoir eu une heureuse influence surtout sur les courbes de glycémie expérimentale et sur le cholestérol et la lécithine du sang.

Ce qui fait l'intérêt de cette xanthomatose cutanéo-muqueuse, c'est que la substance de surcharge, au lieu d'être un cholestérol, semble être une lécithine.

Robert Clément.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

H. M. Matthews et **V. P. Mazzola** (Brooklyn). ***Les injections intraveineuses de glucose hypertonique en obstétrique et en gynécologie; étude expérimentale et clinique.*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **62**, n° 5, Mai 1936, p. 781-791). — Une solution de glucose à 50 pour 100 injectée dans les veines du chat dont la pression sanguine est abaissée provoque une ascension permanente de la pression sanguine et une diminution de la rapidité du pouls. Faite préventivement, une pareille injection empêche ou retarde la chute de la pression sanguine par hémorragie ou traumatisme.

En obstétrique et en gynécologie, on peut dans une grande mesure prévenir le choc secondaire, la déshydratation et l'acidose ; l'usage de ces injections hypertoniques a un rôle de premier ordre comme préventif et comme curatif.

En cas d'hémorragie aiguë ou de choc traumatique avec chute notable de la pression sanguine, le glucose hypertonique intraveineux augmente la pression sanguine et maintient le patient jusqu'à ce qu'il puisse être transfusé.

Dans l'anté-partum et le post-partum, quand on voit survenir du choc du fait d'hémorragie, de traumatisme, de fatigue par travail prolongé, de déshydratation, d'acidose ou d'infection, le glucose hypertonique ralentit le pouls, élève la pression, fait rétrocéder l'acidose, la déshydratation et la distension intestinale et améliore notablement l'état général.

Comme préparation préopératoire, l'absorption du glycose soit par la bouche, soit par injection hypertonique agit en fortifiant le patient contre le choc qui peut tenir de l'anesthésie ou du traumatisme opératoire, surtout dans les grandes interventions où une longue durée est prévue.

Après l'opération, il combat la déshydratation, diminue ou empêche les vomissements, aide la disparition de la dilatation de l'intestin et fournit un aliment pour les organes vitaux (4,1 calories par gramme).

Dans les cas de choc et de conditions analogues, il convient d'instituer le traitement avant le collapsus circulatoire complet.

La facilité de l'injection intraveineuse la met à la portée de tous les médecins, en tout lieu. Les ampoules commerciales étant exemptes de produits étrangers, ne provoquent aucune réaction. On peut faire plusieurs injections dans la même veine sans la léser ou l'oblitérer.

On injectera 100 cmc de solution à 50 pour 100 de glucose.

B. Guibé.

JAPANESE JOURNAL of MEDICAL SCIENCES (Tokio)

Iwao Wake. ***Recherches histopathologiques sur les poisons dits amyostatiques. Expériences avec le 3-amino-hydrocarbostyril.*** (*Japanese Journal of Medical Sciences*, t. **2**, n° 3, Février 1936, p. 83-132). — L'étude des affections extrapyramidales a conduit à rechercher des toxiques déterminant des syndromes analogues. Les recherches ont porté sur les toxines diphtériques et dysentériques, sur l'oxyde de carbone, sur la bulbocapnine, etc. H. Hueda a découvert ainsi une substance, le 3-amino-hydrocarbostyril dont le chlorhydrate est désigné sous l'expression 3-astyl qui provoque des phénomènes d'intoxication très intéressants, étudiés en détail par W. Quel que soit le mode d'administration, le 3-astyl provoque des modifications toujours identiques au niveau du système nerveux. Dans toutes les séries d'expériences, il a été constaté des processus régressifs et dégénératifs à localisation particulière et notamment les lésions cellulaires aiguës de Nissl, la dégénérescence grasse, la vacuolisation, etc. Dans certaines régions, il a été observé plus spécialement de la liquéfaction, de l'incrustation, de l'homogénéisation, de la neuronophagie. Ces lésions sont dans une certaine mesure proportionnelles aux doses employées. La disparition des cellules ganglionnaires détermine tantôt une réaction de la glia, tantôt des figures en forme d'ombre cellulaire, processus qui ne sont pas aussi sévères cependant que dans les diverses réaction encéphalitiques. D'une façon générale, les phénomènes observés sont réversibles, ce qui s'accorde d'ailleurs avec le fait que les symptômes d'intoxication sont passagers.

Cependant, dans les intoxications chroniques, les altérations des cellules de la glia ainsi que des fibres de Hortega sont bien plus marquées et on observe l'apparition de cellules à granules de graisse ou de cellules en réseau.

La dissémination et la localisation de ces lésions varient selon le mode d'administration et les doses. Avec des doses petites et prolongées, les lésions sont limitées à quelques noyaux (pallidum, substance noire). Avec des doses plus importantes, elles sont au contraire diséminées à tout le système nerveux central, le pallidum et la substance noire étant toujours les sièges principaux des processus parenchymateux régressifs et dégénératifs. Cependant, contrairement à ce qui s'observe dans les diverses formes de lésions spontanées (encéphalite épidémique, parkinsonisme, etc.), ces lésions s'observent non pas dans la zone compacte, mais dans la zone réticulée de la substance noire. Ces lésions sont d'ailleurs toujours plus marquées dans la région antérieure et plus spécialement dans la région où la section arrive à provoquer le plus nettement de la rigidité de décérébration de Sherrington.

On doit encore remarquer qu'il existe des lésions nettement régressives dans la couche moléculaire de l'écorce du cervelet ainsi que dans la corne d'Ammon. Par contre, le noyau rouge est en général intact. Il en est de même pour le noyau denté et le corps de Luys. Les voies pyramidales et la moelle épinière ont été trouvées intactes même après intoxication prolongée pendant 88 jours. Les muscles striés présentent de la dégénérescence grasse particulière en foyer, tantôt avec épaississement, tantôt avec atrophie des fibres. En ce qui concerne les viscères, on constate au niveau du foie une stase nette, de la dégénérescence grasse surtout des zones centrales, parfois même la transformation collagène avec cirrhose secondaire, légère, débutante. La musculature du cœur présente souvent de la dégénérescence en plaque.

P.-E. Morhardt.

THE TOHOKU JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Kyoto)

S. Sato. ***Action de l'adrénaline sur l'état de l'estomac*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. **27**, n° 5, 25 Novembre 1935, p. 448-464). — Chez le lapin l'adrénaline exerce sur les terminaisons nerveuses sympathiques, tant excitatrices qu'inhibitrices, innervant l'estomac, une action stimulante, de sorte que, suivant la dose d'adrénaline employée et suivant les segments gastriques, ont lieu des modifications diverses dans l'état de l'estomac.

Au niveau du corps et de l'antre, l'adrénaline à petites doses provoque une augmentation du tonus et du péristaltisme, qui résulte de ce fait que l'excitation des terminaisons nerveuses sympathiques excitatrices dépasse celle des inhibitrices. Par contre, à grosses doses, elle détermine tout d'abord une diminution du tonus et du péristaltisme, la stimulation des terminaisons nerveuses excitatrices restant moins intense que celle des inhibitrices ; plus tard, on observe des modifications inverses, car l'adrénaline à ce moment, par suite de sa décomposition, ne se trouve plus exister qu'en petite quantité dans l'organisme. Des quantités intermédiaires entre ces extrêmes peuvent, quand on les administre lentement, provoquer au début les modifications qui sont produites par les petites doses, et plus tard celles qui sont dues aux grosses doses.

Le pylore se comporte à l'égard de l'adrénaline de façon inverse à celle du corps et de l'antre.

Ces faits expliquent probablement les données discordantes des expérimentateurs antérieurs concernant l'action de l'adrénaline sur l'estomac.

P.-L. Marie.

S. Sato. ***Action de la morphine sur l'état de l'estomac*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. **27**, n° 5, 25 Novembre 1935, p. 465-472). — Utilisant la même technique que dans les recherches précédentes (enregistrement des variations de pression intragastrique), S. a constaté que la morphine injectée à petites doses dans les veines exerce une action stimulante sur les centres nerveux sympathiques inhibiteurs qui innervent l'antre et le pylore, de sorte qu'il s'ensuit une diminution du tonus et une inhibition des mouvements de ces segments. A grosses doses, elle détermine la stimulation du centre excitateur des nerfs sympathiques commandant le pylore, stimulation qui dépasse en intensité celle du centre inhibiteur, si bien qu'une augmentation du tonus se manifeste au niveau du pylore. Il semble possible que les centres des nerfs sympathiques excitateurs en rapport avec les autres segments de l'estomac puissent également être stimulés par le poison, bien que le fait n'ait pas pu être constaté au cours des expériences faites avec les doses de morphine ci-dessus indiquées.

Comme en clinique, on n'emploie la morphine qu'à petites doses, son effet sur l'estomac doit consister seulement en un relâchement et une diminution des mouvements, qui peuvent probablement causer le retard de la migration du contenu gastrique dans le duodénum.

P.-L. Marie.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

P. A. F. van der Spek. ***Narcolepsie et alcool.*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **80**, n° 12, 21 Mars 1936, p. 1194-1200). — Il est donné l'observation d'un malade né en 1888 dont le père était alcoolique et un frère arriéré. Le malade, dans son enfance, n'a présenté aucun trouble du sommeil, mais il a commencé à boire de l'alcool régulièrement à partir de 8 ans et s'enivrer d'une façon habituelle le samedi et le dimanche à partir de la puberté. A 40 ans il commença à présenter des accès de sommeil de quelques secondes de durée qui motivèrent son entrée à l'hôpital. Avant ces accès, le visage devient rouge et le malade ressent

une sorte de pression dans les globes oculaires. Pendant son sommeil, il voit des gens devant lui et parfois des animaux et il entend très souvent ce qu'on dit autour de lui.

D'autre part, le malade présente des accès de cataplexie qu'il distingue très bien des accès de sommeil et pendant lesquels il ne peut pas bouger, par exemple, la carte à jouer qu'il tient dans la main. Ces accès de cataplexie ne surviennent jamais pendant le rire. En outre, le sommeil est troublé. Dès qu'il est au lit, le malade sent des tremblements qui commencent par les pieds et qui s'étendent à tout le corps. En même temps, il survient une sensation de constriction de la gorge. Le malade fait des distinctions très nettes entre ses hallucinations hypnagogiques et ses rêves. Les premières ont pour lui les apparences de la réalité et il lui semble être entouré d'ennemis.

L'examen objectif permet de constater que l'état général est bon. Le malade transpire facilement et présente du tremblement de la langue et une région hyperalgésique fronto-pariétale droite. Il existe une légère anisocorie. On ne constate pas de signe d'encéphalite ancienne. La selle turcique est à peu près normale. Dans le liquide chéphalo-rachidien, on trouve une pléiocytose de 1/3. Les autres réactions sont négatives et le sucre s'élève à 0,45 gr. par litre. La compression des globes oculaires et celle des carotides abaisse le pouls à 50. L'administration de 1 milligr. d'adrénaline fait augmenter la pression sanguine jusqu'à un maximum de 140 au bout de vingt-cinq minutes et le sucre du sang jusqu'à 1 gr.

L'étiologie du syndrome ne peut guère être recherchée dans une encéphalite puisque l'anamnèse n'indique rien de ce genre et puisqu'on ne constate pas de signes qui corroborent cette hypothèse. D'autre part, un traumatisme ne paraît pas non plus être en jeu.

Une question particulièrement intéressante est constituée par les excès d'alcool faits par cet homme. On connaît les relations qui existent entre l'épilepsie et l'alcool et, d'autre part, la narcolepsie elle-même en rapport avec l'épilepsie. Bien des observations montrent des accès épileptiques associés à des accès narcoleptiques dont les premiers seuls sont influencés par le brome. Il y aurait donc lieu de se demander si dans ce cas, l'alcool est le facteur déterminant des accès de narcolepsie. Or, l'alcool est capable de provoquer des lésions du mésencéphale et notamment des syndromes considérés par Blumke comme une pseudo-encéphalite. Il est possible également que chez cet homme l'hérédité alcoolique ait joué un rôle.

P.-E. MORHARDT.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

J. Flaks. ***De la valeur de la théorie du virus dans les tumeurs greffées*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. 13, n° 5, 6 Février 1936, p. 84-88). — A la suite de travaux expérimentaux sur les métastases du sarcome du rat et sur la greffe des tumeurs à l'aide de fragments prélevés sur les organes atteints, F. se prononce contre la théorie du virus soutenue par Besredka et Gross. La théorie du virus est insuffisante pour expliquer tous les faits observés. Dans l'étude des tumeurs, l'origine de la cellule néoplasique demeure obscure. Les tissus atteints transplantent les tumeurs car ils contiennent les cellules néoplasiques. F. déclare que, jusqu'à la réalisation de la tumeur chez un mammifère à l'aide de filtrats indubitablement privés d'éléments cellulaires, on ne pourra attribuer la transplantation des tumeurs qu'à la cellule néoplasique envisagée comme élément pathogène.

FRIBOURG-BLANC.

L. Sterling, L. Prussak et **M. Wolff.** ***Le signe de Mees et sa modification de démarcation par compression au cours des polynévrites.*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. 13, n° 6-7, 20 Février 1936, p. 107-114). — S., P. et W. rapportent trois observations de malades atteints de polynévrites et présentant aux ongles des mains le signe de Mees. Ce signe, était accompagné d'un phénomène non signalé que S., P. et W. appellent le signe de la démarcation compressive. Il consiste dans l'apparition, lorsqu'on exerce une compression légère sur le bord libre de l'ongle, d'une pâleur anémique du segment distal de l'ongle, délimité par la ligne du bandeau de Mees. La compression du segment proximal détermine l'anémisation exclusive de ce segment, tandis que le segment distal ne change pas de couleur. L'analyse chimique des fragments d'ongles prélevés au niveau du bandeau de Mees n'a pas décelé d'augmentation quantitative d'arsenic. Il semble que, dans la pathogénie du signe du bandeau de Mees, la participation du syndrome polynévritique soit indispensable mais que la participation de l'intoxication arsénicale ne constitue pas un facteur univoque. Cependant le signe est plus fréquent dans les polynévrites arsénicales. L'intoxication arsénicale joue un rôle sensibilisant aux troubles neuro-végétatifs. Il semble que l'importance médicolégale attribuée à ce phénomène dans les intoxications arsénicales soit erronée et illusoire.

FRIBOURG-BLANC.

GRUZLICA
(Varsovie)

Mme N. Berdo et **J. I. Himmel.** ***Les complications de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Gruzlica*, t. 10, n° 6, p. 680-720). — Mme B. et H. présentent un long travail d'ensemble, basé sur un matériel clinique de 350 cas de phrénicectomie. Il en résulte que les complications observées à la suite de cette intervention sont relativement rares. Elles atteignent le pourcentage de 3,7 pour 100 des cas et se résument en : hypersensibilité cutanée transitoire (1 fois). Syndrome de Horner (2 cas). 3 cas de syndrome cardio-stomacal et quelques cas de dyspnée modérée et passagère. Les changements dans la configuration de l'estomac sans complications ont été constatés chez 30 pour 100 des malades. Aucun décès n'a été enregistré.

FRIBOURG-BLANC.

I. Spitzer. ***Atélectasie du poumon au cours de la bronchite tuberculeuse*** (*Gruzlica*, t. 10, n° 6, p. 730-736). — S. rapporte l'observation d'une femme de 30 ans qui fut atteinte d'atélectasie de tout le poumon gauche confirmée à la radiographie. L'atélectasie était due à l'oblitération de la lumière de la bronche gauche consécutive au processus local bronchique et péribronchique. Les lésions du parenchyme pulmonaire étaient relativement peu apparentes. L'évolution favorable de la maladie a abouti à la disparition de l'oblitération bronchique, contrôlée à la bronchoscopie, et les radiographies ont montré le rétablissement de l'aération de la zone pulmonaire atélectasiée. Ce cas constitue la confirmation de la théorie attribuant l'atélectasie pulmonaire à l'oblitération du conduit de l'arbre bronchique.

FRIBOURG-BLANC.

MEDYCYNA
(Varsovie)

K. Lukasiewicz et **E. Grodzienski.** ***A propos des états leucémiques apparaissant sous l'influence de l'énergie radiante*** (*Medycyna*, n° 8, 21 Avril 1936, p. 225-229). — A propos d'une observation personnelle de leucémie myéloïde avec issue mortelle, survenue chez une employée de laboratoire de radiologie, L. et G. soulignent le caractère lent et en apparence bénin de l'évolution de la maladie dans la période de début. La leucopénie et l'anémie ont précédé de 1 an l'apparition des myéloblastes et des myélocytes. L'apparition de ces signes ne doit pas être considérée comme un fait sans importance. Il semble que tout écart de la formule sanguine normale, survenu chez un radiologue, doit être pris en considération, d'autant plus que, même l'éloignement immédiat du sujet de l'action de l'énergie radiante, n'a pu arrêter l'évolution du processus morbide. Il est à souhaiter qu'aucun moyen de protection des radiologues contre l'action des rayons ne soit négligé et que l'amélioration des installations fasse l'objet d'un soin constant. Il est très vraisemblable que le système hématopoïétique de certains sujets, pourvus d'une grande sensibilité constitutionnelle et d'un pouvoir de défense restreint, réagit à l'action constante des rayons X par une hyperactivité du système réticulo-endothélial aboutissant à l'installation de l'état leucémique.

FRIBOURG-BLANC.

LISBOA MEDICA
(Lisbonne)

J. Moniz de Bettencourt et **M. Côrte-Real** (Lisbonne). ***Le traitement de l'hypertension artérielle par l'irradiation des sinus carotidiens*** (*Lisboa Medica*, t. 13, n° 5, Mai 1936, p. 262-287). — D'importants travaux ont été publiés sur les phénomènes réflexes de pression, de compression, humoraux, etc., de la zone carotidienne. En étudiant la question, les auteurs ont tenté de vérifier les résultats que l'on pouvait obtenir de l'application thérapeutique des rayons X sur cette zone réflexogène artérielle, chez des malades hypertendus. Aussi, pourrait-on voir s'il y aurait intervention de ces réflexes dans le processus pathogénique de l'hyperpièse sanguine. Ils ont soumis à ce traitement 12 malades, compensés, dont la tension artérielle systolique variait entre 16 et 33, la plupart de ces malades ayant résisté à tout traitement habituel.

M. de B. et C.-R., qui se gardent d'attacher à cette méthode une valeur excessive, pensent, d'après leurs observations, que la radiothérapie sinuo-carotidienne peut déterminer une chute appréciable de la tension, chez des malades dont l'état cardiaque ne contre-indique pas le traitement. Outre cet abaissement tensionnel, ils ont observé un ralentissement du pouls et, dans quelques cas, de la vitesse sanguine.

En général, M. de B. et C.-R. constatèrent qu'entre deux séances la tension augmentait, restant toutefois moins élevée qu'avant l'irradiation précédente. Le traitement complété, la tension se montrait fréquemment plus abaissée qu'au début, bien que l'on ne notait pas de modifications appréciables de la vitesse sanguine. Chez quelques malades, les résultats se sont maintenus pendant un certain temps, et leurs malaises s'atténuèrent.

La technique employée par les auteurs portugais est une adaptation de celle de Carulla, Queralto et González. Ils ont administré la dose de 50 r. internationaux, mesurés au dosimètre de Hammer, à un intervalle de 3 à 4 jours entre chaque séance et en alternant l'application, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. L'aire irradiée, correspondant à la bifurcation de la carotide primitive, de façon à comprendre le *sinus carotidus*, ne dépassa pas 6 × 8 cm., la tension employée fut de 190 kw., l'intensité de 4 mA., avec filtre de 0 mm. 5 de Cu, à une distance focale de 30 cm. Les tensions artérielles furent toujours mesurées avec un même appareil de Pachon, les malades étant couchés et au repos.


PANGLANDINE
CRÉÉE EN 1897
toute une équipe au secours des
GLANDES DÉFICIENTES
Tous les troubles endocriniens
de l'Enfant,
de l'Adulte,
du Vieillard.
4 à 10 CAPSULES PAR JOUR
LABORATOIRES COUTURIEUX • 18 AVENUE HOCHE • PARIS

M. de B. et C.-R. admettent, comme une simple hypothèse de travail, que, à côté d'un stimulus direct, l'on puisse obtenir une action indirecte. A la dose employée, les rayons *X* exerceraient une influence stimulante, ainsi qu'une action de vaso-dilatation. Les observations réalisées par l'un des auteurs, à l'Institut du Radium de Paris, sur la dilatation des capillaires cutanés, à la suite d'irradiations par des doses relativement faibles, leur font penser que l'application des rayons *X* produirait une hyperémie de la circulation locale dans la zone réflexogène. Il est possible que cette activation circulatoire locale modifie, dans un sens favorable, les conditions du métabolisme tissulaire du glomus et du sinus lui-même, particulièrement si ces conditions étaient auparavant compromises. L'on expliquerait ainsi non seulement l'action immédiate de la thérapeutique, mais encore la relative persistance de ses résultats.

Afin de pouvoir confirmer ces résultats, que l'on peut dire encourageants, M. de B. et C.-R. se proposent de reprendre leurs observations chez un plus grand nombre de malades, en recherchant en même temps d'interpréter plus précisément le mécanisme de l'action des rayons *X* sur les sinus carotidiens, de perfectionner la technique et de poser, de façon prudente, les indications cliniques.

João Coelho.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

I. L. Bluhm. ***L'épreuve de travail, méthode clinique pour déterminer la fonction des poumons. Son étude chez les tuberculeux, et particulièrement dans la collapsothérapie*** (*Acta medica Scandinavica*, Suppl. **65**, 1935, p. 209). — B. s'est donné pour tâche d'explorer le fonctionnement du poumon dans la tuberculose.

Dans le premier chapitre, il étudie le métabolisme de base chez les tuberculeux. Il a constaté que les valeurs trouvées restent dans les limites normales et qu'elles sont indépendantes de l'activité, de l'extension et de la nature clinique des lésions. Il n'existe non plus aucun parallélisme entre le métabolisme de base et la réaction de sédimentation. Les légères élévations de température (état subfébrile) sont également sans influence sur le métabolisme de base, tout comme les interventions qui visent à comprimer le poumon, pneumothorax uni- ou bilatéral, phrénicectomie, thoracoplastie.

Dans le second chapitre, B. étudie la circulation du sang dans les poumons tuberculeux. Il a employé la mesure du débit du cœur par minute au moyen de la méthode à l'acétylène de Grollman sur les sujets au repos. Cette méthode ne peut être appliquée chez les malades ayant une capacité vitale inférieure à 1.500 cmc. Les résultats obtenus indiquent que la circulation pulmonaire est normale chez les malades atteints de tuberculose légère ou moyenne et qu'elle n'est pas influencée par le pneumothorax uni ou bilatéral ni par la thoracoplastie.

Dans le troisième chapitre, B. expose une nouvelle épreuve de la fonction pulmonaire. Elle consiste à déterminer la consommation d'oxygène au repos, puis après un certain travail (ascension et descente de trois escaliers de trois marches disposés circulairement, à la cadence de 88 pas par minute et en effectuant 20 tours). La consommation d'oxygène par minute après le travail est calculée en pourcentage de la consommation d'oxygène par minute au repos. B. appelle « dette relative d'oxygène » la valeur ainsi obtenue.

Chez les sujets sains, la dette relative d'oxygène varie entre 0 pour 100 et 25 pour 100, la plupart des valeurs étant comprises entre 10 et 25 pour 100 et les variations chez le même sujet n'excédant pas 6 pour 100 lors d'examens successifs.

B. a utilisé cette épreuve chez 102 tuberculeux, en déterminant parallèlement la capacité vitale. Les résultats obtenus montrent qu'il n'y a pas de parallélisme entre ces deux épreuves fonctionnelles. La capacité vitale varie selon l'individu et peut présenter de grandes différences, ce qui diminue considérablement sa valeur. De plus, après pneumothorax et thoracoplastie, il se produit une réduction assez forte de la capacité vitale, hors de proportion avec les légers troubles dyspnéiques.

De l'examen des résultats, il ressort que l'on trouve d'abord des valeurs élevées pour la dette relative d'oxygène dans les cas de lésions parenchymateuses étendues; il existe une concordance satisfaisante entre l'augmentation constatée et l'extension des lésions. Si l'on met hors de fonction une partie du poumon par la collapsothérapie, on trouve bientôt des valeurs élevées, attribuables en partie aux modifications survenant dans le parenchyme pulmonaire et s'accroissant avec l'extension du processus tuberculeux. On constate, en outre, que les lésions exsudatives ont une influence bien moins grande sur la ventilation que les lésions productives.

L'épreuve fonctionnelle, pratiquée avant et après insufflation, montre encore une augmentation de la dette relative d'oxygène quand on fait d'assez grosses insufflations chez des malades présentant des valeurs élevées avant l'insufflation. Avec un pneumothorax unilatéral, une insuffisance respiratoire se rencontre chez 77 pour 100 des sujets. Elle est d'ordinaire un peu plus grande dans le pneumothorax bilatéral. Dans les cas de thoracoplastie où une seule opération a été faite, l'épreuve fonctionnelle ne décèle pas de modification dans la dette relative d'oxygène, sauf quand une extension du processus tuberculeux s'est produite. Quand plusieurs thoracoplasties ont été pratiquées, une élévation modérée de la dette relative d'oxygène se manifeste. Dans 3 cas de phrénicectomie, cette valeur n'a pas été trouvée modifiée. Elle s'accroît au cas d'épanchement au cours du pneumothorax et l'augmentation devient considérable quand l'épanchement dure depuis longtemps.

Si l'on compare le résultat de l'épreuve fonctionnelle et la capacité actuelle de travail, on constate une concordance satisfaisante, même si l'on fait abstraction des modifications cliniques, ce qui donne une certaine valeur à cette épreuve en pratique.

P.-L. Marie.

H. Bjorn-Hansen. ***A propos de l'hémoglobinurie paroxystique « a frigore »*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **83**, n°s 2-3, 20 Mars 1936, p. 129-179). — B.-H. a soumis 4 sujets atteints d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* à des épreuves de refroidissement et étudié de façon très précise les phénomènes qui se déroulent.

Dans tous les cas on note une leucopénie rapidement croissante, débutant de dix à quinze minutes après le début du refroidissement, indépendante de l'existence ou de l'absence de signes généraux et d'hémoglobinurie. Le chiffre le plus bas de leucocytes fut atteint vingt minutes après le début de l'épreuve. La leucopénie dura tantôt quelques heures, tantôt une trentaine de minutes seulement; ensuite le taux des leucocytes revint au taux initial ou le dépassa. La formule leucocytaire dans certains essais se modifia pendant la leucopénie et présenta une neutropénie relative et de la lymphocytose; dans d'autres essais elle resta pratiquement inchangée; mais toujours le taux absolu des deux sortes de cellules blanches se montra fortement diminué. Dans quelques épreuves, lors de la leucopénie, on constata précocement des neutrophiles présentant des signes de dégénérescence et des neutrophiles non mûrs (déviation à gauche de la formule d'Arneth). Les éosinophiles disparurent complètement du sang capillaire lors de certains essais pendant la leucopénie. La leucocytose qu'on nota parfois à la fin de la leucopénie était due à une augmentation relative et absolue des neutrophiles, portant en partie sur les formes jeunes.

Quand on bloqua le sang dans un territoire périphérique au moyen d'une bande compressive, il se produisit localement, après un bref refroidissement (immersion dans l'eau à 3° pendant cinq minutes), suivi d'immersion dans un bain chaud (38° pendant quinze minutes), non seulement une hémolyse, mais aussi une forte leucolyse. Tantôt le chiffre des leucocytes se montrait diminué, tantôt la majorité des leucocytes étaient si altérés qu'on ne pouvait plus les différencier aisément. Immédiatement après l'ablation de la bande une leucopénie apparut dans la circulation générale durant vingt à vingt-cinq minutes. Outre l'hémolyse et la leucolyse dans le territoire vasculaire exclu, il existait une phagocytose nette des globules rouges par des monocytes et des neutrophiles.

Les expériences *in vitro* avec le sang citraté montrèrent, après refroidissement et séjour à 38° (épreuve de Donath et Landsteiner), de l'hémolyse et aussi de la leucolyse. Isolés, ni le refroidissement ni le réchauffement ne déterminaient ces modifications.

Du point de vue de la chronologie des symptômes, on put noter chez un sujet présentant des accès violents que l'hémolyse intravasculaire et la leucopénie survenaient dix minutes après le début du refroidissement, l'albuminurie au bout de quinze minutes et l'hémoglobinurie au bout de trente minutes, les symptômes subjectifs ne se montrant qu'après cinquante-cinq minutes et le frisson après soixante-quinze minutes.

Les signes cliniques et la leucopénie générale firent défaut tant que la bande compressive isolant le territoire refroidi ne fut pas enlevée. Des signes nets d'accès ne se montrèrent qu'une seule fois après ablation de la bande, mais la leucopénie fut constante.

Du point de vue pathogénique, B.-H. n'a pu apporter d'arguments décisifs pour trancher entre la conception de Lichtheim (intoxication de l'organisme due à l'hémolyse et résultant de l'hémoglobine libérée dans les vaisseaux et des stromas des hématies) et celle de Widal (choc anaphylactique antérieur à l'hémolyse et indépendant d'elle).

Une hémoglobinémie nette fut constatée dans tous les essais, et longtemps avant l'apparition des signes de l'accès, mais aussi une leucolyse, leucolyse dont Achard et Feuillié avaient déjà souligné l'importance pathogénique. Divers auteurs (Widal, Salén, etc.) ont soutenu qu'il peut se produire des signes accusés d'accès sans hémoglobinémie et Salén a pu même constater sans hémoglobinémie une diminution nette du chiffre des hématies à la suite de refroidissement. Il est possible que la destruction des hématies se localise dans l'appareil réticulo-endothélial, appareil qui prend une place prépondérante dans l'hypothèse de l'anaphylaxie extra-humorale. D'après la même hypothèse les symptômes anaphylactiques résulteraient d'une réaction violente entre antigène et anticorps, ceux-ci étant précisément formés par les cellules de l'appareil réticulo-endothélial où ils s'accumuleraient. Il est possible que les symptômes de l'accès soient ainsi partiellement conditionnés par l'anaphylaxie. Mais l'antigène serait tout autre que le soutenait Widal qui n'attachait de l'importance qu'aux modifications physiques des colloïdes du plasma. Il est également possible que, en dehors des produits de dégradation des hématies, l'action fermentative toxique des constituants des leucocytes intervienne partiellement dans la genèse des symptômes de l'accès.

A propos des critères de l'anaphylaxie de Richet, il faut signaler que B.-H. a toujours trouvé de la leucopénie chez ses hémoglobinuriques, leucopénie causée, au moins en partie, par une importante leucolyse. Si la leucopénie du choc anaphylactique n'est conditionnée que par une répartition modifiée

des leucocytes (Widal), il n'est pas justifié de considérer la leucopénie de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* comme le signe d'un choc anaphylactique; mais, si la leucopénie est causée également par une leucolyse dans les états d'anaphylaxie avérée, cette constatation pourra venir à l'appui de l'hypothèse de Widal sur le rôle de l'anaphylaxie dans l'hémoglobinurie paroxystique.

Les recherches de B.-H. sur le second critère de l'anaphylaxie, l'hypotension, ne concordent pas avec celles de Widal. La pression artérielle s'est toujours élevée pendant le refroidissement pour retomber déjà lors de la dernière partie de ce dernier.

Quant au troisième critère de l'anaphylaxie, le changement du mode de coagulation du sang, B.-H. n'a pas pu l'étudier systématiquement. La coagulation plus rapide lors de l'accès s'explique en tout cas par la libération de ferments accélérant la coagulation au cours de la leucolyse.

Du point de vue thérapeutique, outre le traitement spécifique, il est indiqué de tenter une cure prudente et systématique de refroidissement à la manière de Salén ou au moyen d'applications locales plus limitées avec une bande compressive. On réalise ainsi un traitement « antianaphylactique » prudemment dosé qui apporte à l'organisme par voie intraveineuse les substances formées pendant le refroidissement.

P.-L. Marie.

T. Lindquist. ***Nouvelles études sur le problème de l'acalculie*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 88, n°s 2-3, 20 Mars 1936, p. 217-278). — L. relate deux cas d'acalculie. Dans le premier il s'agit d'une lésion traumatique de la partie postéro-supérieure de lobe pariétal gauche, mais il est vraisemblable que d'autres territoires étaient également lésés. Malgré des lacunes dans la conception visuelle des nombres et des chiffres, le malade faisait preuve d'une compréhension fort nette de la structure et de la valeur mutuelle des nombres. Les procédés de calcul appris étaient oubliés, de sorte qu'au début le patient ne pouvait calculer qu'au moyen d'objets concrets et, malgré un exercice assidu, il ne put apprendre la table de multiplication. Son calcul de tête n'en était pas moins fort bon, car il y employait d'autres procédés que ceux tirés du calcul écrit. Le trouble de sa faculté visuelle de représentation n'agissait que peu ou pas sur sa capacité de calculer de tête, ce qui vient à l'appui de l'opinion que les facteurs optiques n'ont pas pour le calcul de tête l'importance qu'on a voulu souvent leur accorder. Il était peu probable que l'incapacité d'apprendre la table de multiplication dépendît de la perte des facteurs visuels, puisque cette perte n'agissait pas sur le reste du calcul. Conjointement aux troubles du calcul existaient en d'autres domaines certains troubles qui se caractérisaient tous par l'impossibilité d'une conception immédiate; mais ce défaut se trouvait compensé dans une assez large mesure par la capacité d'atteindre le but au moyen d'étapes successives.

La seconde observation concerne un cas de syndrome de Gerstmann avec troubles accusés du calcul. En tous les domaines la malade faisait preuve d'une bonne conception immédiate des ensembles; par contre, elle présentait d'importantes lacunes toutes les fois qu'elle avait à résoudre des questions exigeant un travail suivant le mode constructif, c'est-à-dire un travail dans lequel les détails doivent être successivement joints les uns aux autres. Dans le domaine du calcul cette défectuosité se traduisait en ce que la malade pouvait comparer directement deux nombres, tandis qu'elle avait perdu presque entièrement la faculté de calculer avec des nombres. Cette observation se rapproche beaucoup de celles de Lange, Zutt, etc., mais est en opposition complète avec l'observation ci-dessus.

La comparaison de ces deux groupes d'observations montre que l'idée de nombre peut être troublée de deux manières essentiellement différentes. Ou bien le nombre est conçu immédiatement comme un tout, en même temps qu'il cesse d'être considéré comme formé de parties. Ou bien le nombre est considéré de préférence sous son aspect d'unités sériées, en même temps que la conception immédiate de totalité fait défaut. A ces deux sortes de troubles répondent deux manières de calculer différentes. Dans le trouble du premier genre une comparaison est possible entre les nombres; en revanche, le malade ne peut résoudre les problèmes où les nombres doivent être fractionnés en leurs éléments constitutifs. Dans le trouble du second genre le calcul par étapes successives est possible et le malade parvient ainsi à des résultats exacts, mais la capacité d'une évaluation directe et des comparaisons est limitée ou absente.

En aucun de ces deux genres de trouble l'acalculie n'est à considérer comme un symptôme indépendant de tous les autres, car en d'autres domaines on observe des perturbations qui, en principe, sont de la même nature, mais qui intéressent des fonctions psychiques d'un ordre supérieur à celui du calcul. Tantôt ce sera la capacité de se représenter les objets immédiatement, simultanément, qui se trouvera lésée, tantôt ce sera la capacité d'opérer et de penser suivant le mode constructif.

L. en arrive donc à penser, comme Conrad, qu'il existe en principe deux formes complètement différentes d'acalculie. Mais il ne partage pas son opinion considérant l'un des deux types comme pariétal, l'autre comme occipital. Des seuls caractères de l'acalculie on n'a pas le droit de tirer des conclusions relatives au siège de la lésion.

P.-L. Marie.

H. Vlados, A. Bagdasarov, M. Dulcin et E. Bondarenko (Moscou). ***La part prise par l'estomac dans la régulation de la formation du sang*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 88, n°s 2-3, 20 Mars 1936, p. 295-312). — Actuellement la participation de l'estomac à la régulation de la formation du sang doit être considérée comme un fait définitivement prouvé. Cette régulation s'accomplit par l'intermédiaire d'un facteur humoral. Le facteur de Castle est vraisemblablement un des ferments en jeu; sa nature hormonale n'a pas été prouvée.

V., B., D. et B. ont cherché à préciser le siège de la production du facteur de Castle dans l'estomac. Leurs observations sur la résection de diverses parties de l'estomac du chien font penser que ce facteur est élaboré par le pylore et par le fundus. Un état anémique transitoire apparaît après résection du pylore; il est plus marqué après résection du fundus. Cet état disparaît bientôt sans traitement, vraisemblablement par action compensatrice de la région stomacale subsistante. Le cardia ne semble pas participer à la production du facteur de Castle. Une anémie durable ne se montre qu'après résection totale ou subtotale de l'estomac; mais il est très difficile de déterminer le caractère réel de cette anémie, car les chiens succombent rapidement par épuisement.

Les observations faites chez les malades ayant subi diverses sortes de résections gastriques partielles confirment les résultats notés chez les chiens. On ne décela d'état anémique chez aucun des 40 patients examinés. Par contre, chez les sujets ayant subi des résections très étendues, on constata une anémie soit hypoplastique, soit hyporégénérative (chloro-anémie), parfois à tendance pernicieuse (mégaloblastique). Le type de l'anémie qui se développe semble être fonction des particularités constitutionnelles de l'organisme en question.

P.-L. Marie.

H. Silwer. ***La méningite ourlienne*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 88, n°s 2-3, 20 Mars 1936, p. 355-381). — A l'hôpital naval de Karlskrona, S. a observé 20 fois des signes cliniques méningés au cours des oreillons, soit chez 8 pour 100 des malades traités.

Les signes cliniques méningés se montrèrent du premier au onzième jour consécutif au gonflement parotidien. On ne put découvrir de rapports avec l'orchite.

Les symptômes méningés étaient légers ou modérés, la céphalée et la raideur de la nuque étant les plus communs. En dehors des signes classiques de méningite, les symptômes du côté du système nerveux central furent rares. Chez un seul malade les signes cliniques persistèrent au delà de six jours.

Le liquide céphalo-rachidien se montra limpide dans presque tous les cas; chez un seul malade il était trouble. Les réactions de la globuline (Pandy et Nonne-Apellt) furent négatives ou faiblement positives. Le nombre de cellules varia de 3 à 920 par millimètre cube. Les mononucléaires prédominaient en général. Le taux le plus fort de polynucléaires fut de 42.

Dans certains cas d'oreillons sans signes cliniques méningés, on retrouva des modifications semblables du liquide (jusqu'à 259 cellules dans 2 cas).

Les altérations du liquide s'observèrent du jour consécutif au début du gonflement parotidien jusqu'à 50 jours après.

Le taux du sucre varia entre 72 et 78 milligr. dans le liquide.

Tous les cas évoluèrent favorablement.

S. relate un cas de méningite sans étiologie certaine qui fut peut-être un cas de méningite ourlienne sans parotidite.

P.-L. Marie.

HELVETICA MEDICA ACTA
(Bâle)

H. Heusser. ***Les échanges d'azote et de chlorures dans le stade post-opératoire*** (*Helvetica Medica Acta*, t. 3, n° 1, Mai 1936, p. 155-160). — Il a été examiné 22 sujets ayant subi des opérations quelconques. Il a été ainsi constaté que les chlorures du sang, normaux (0,540 à 0,620 pour 100(avant l'opération, se sont abaissés 19 fois sur 22. Dans 13 cas, la proportion est descendue au-dessous de la normale dans des proportions plus ou moins appréciables. Dans d'autres cas, on a constaté que deux fois des injections de solution de Ringer avaient empêché les chlorures de baisser ou que ceux-ci du fait de vomissements étaient d'emblée faibles ou encore qu'il y avait eu élévation post-opératoire passagère. Il n'a été constaté de troubles opératoires que dans un cas avec diminution modérée des chlorures.

L'urée du sang n'a présenté aucune modification post-opératoire. Une relation entre la vitesse de sédimentation des globules rouges et des chlorures du sang n'a pas non plus été constatée. En somme, les chlorures du sang ne s'abaissent pas toujours dans le stade post-opératoire et leur abaissement n'entraîne pas nécessairement des complications, de même que des complications ne signifient pas à coup sûr qu'il y a abaissement des chlorures. Cependant, cet abaissement constitue toujours un facteur d'importance qui interviendrait notamment en cas d'insuffisance de la péristaltique ou encore d'insuffisance rénale. L'administration de sérum salé n'est nécessaire que lorsque l'ingestion de liquide est impossible et alors elle entre en concurrence avec les solutions glucosées ou le normosal. En cas de troubles post-opératoires, la chlorurémie doit être déterminée et si elle est abaissée, seule l'administration de chlorure de solium est indiquée et agit favorablement souvent d'une façon brusque.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

H. Baumm. ***Etude du pronostic vital des séquelles tardives des lésions cérébrales traumatiques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 2, 10 Janvier 1936, p. 43-44). — Les recherches de B. lui ont montré que la plupart des blessés de guerre ayant subi un trauma cérébral et décédés ultérieurement sont morts des suites de leur blessure. Mais seuls les sujets réellement blessés étaient exposés à ces complications mortelles tardives qu'on n'a pas observé après les commotions, les blessures du crâne, ou les blessures de la tête n'ayant pas entraîné de troubles nerveux persistants.

D'ailleurs B. insiste sur ce que la cause de la mort tardive est très complexe de telle sorte qu'on ne peut généraliser la gravité du pronostic des anciens traumatisés du crâne et qu'il importe de ne pas inquiéter inutilement ces sujets.

La plupart des complications tardives étaient dues à la cicatrisation imparfaite. Les survivants actuels des blessures de guerre ne semblent plus exposés à des complications graves de leur blessure.

G. Dreyfus-Sée.

Nonnenbruch. ***Nouvelles recherches sur la pathologie hépatique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 16, 17 Avril 1936, p. 629-633). — Durant l'évolution des affections hépatiques l'anurie peut survenir :

1° Lors des altérations toxi-infectieuses hépato-rénales associées (hépato-néphrites des auteurs français) avec lésions dégénératives ou inflammatoires.

2° Lors d'une stase hépatique chronique sans que l'examen anatomique rénal décèle d'autres altérations qu'une congestion accentuée.

3° A la suite d'interventions chirurgicales sur les voies biliaires ou simplement lors de coliques hépatiques (anurie réflexe ?).

Il existe une relation intime entre le taux de l'azote résiduel et l'azote uréique, de telle sorte qu'une chute de l'azotémie uréique entraîne l'augmentation du taux d'azote résiduel. Les injections d'urée constituent donc un moyen thérapeutique précieux pour obtenir une amélioration des états toxiques hépato-rénaux en provoquant la chute de l'azote résiduel augmenté. Les injections d'extrait hépatique produisent un effet analogue.

Certains cas particuliers posent des problèmes spéciaux, tel est le cas des toxicoses gravidiques, faisant discuter l'interruption de la grossesse; de même des indications opératoires au cours des ictères par lésion du parenchyme hépatique ne seront posées qu'après étude approfondie de l'état humoral et souvent on devra limiter l'opération à une simple cholécystostomie.

G. Dreyfus-Sée.

H. Knüpper et **R. Hummel.** ***Le traitement des parotidites post-opératoires par la radiothérapie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 17, 24 Avril 1936, p. 679-680). — Pour apprécier l'action de la radiothérapie sur les parotidites post-opératoires, les auteurs comparent les résultats obtenus par ce traitement à l'évolution observée après thérapeutique médicale simple : chaleur, applications de pommades, etc.

La radiothérapie évite le plus souvent la suppuration à condition d'être utilisée précocement, dès les premiers symptômes de la maladie. Même lorsque l'incision de la glande n'a pu être évitée, la guérison définitive a été obtenue dans des délais notablement plus courts que chez les sujets non soumis aux irradiations.

Ce traitement efficace et non dangereux mérite donc d'être appliqué systématiquement.

G. Dreyfus-Sée.

K. R. v. Roques. ***Traitement de la coqueluche par l'irradiation par les ondes courtes*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 17, 24 Avril 1936, p. 680-681). — R. a tenté dans un nombre encore restreint de cas d'employer le traitement par ondes courtes pour raccourcir la durée de la coqueluche et la rendre plus bénigne.

Ses premiers résultats ne peuvent être considérés comme démonstratifs puisqu'ils ne comportent que 19 cas et ne permettent pas d'éliminer les coïncidences; cependant ce traitement nullement nocif a paru raccourcir sensiblement l'évolution de la maladie et diminuer son intensité : 3 à 10 séances quotidiennes de 10 à 15 minutes, transthoraciques (une électrode en avant au milieu de la poitrine, une dans le dos) se sont montrées efficace.

Cette thérapeutique qui n'empêche nullement les médications habituelles mérite d'être expérimentée sur une plus grande échelle.

G. Dreyfus-Sée.

W. Schultz. ***Etude pathogénique de l'érysipèle de la face*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 18, 1er Mai 1936, p. 723-724). — Dans la pathogénie de l'érysipèle deux opinions restent en présence : pour les uns il s'agit d'une infection à point de départ local (cutané ou muqueux), pour les autres l'infection évolue comme une maladie générale sans qu'on observe de réactions locales permettant d'incriminer une porte d'entrée. En ce qui concerne l'érysipèle du visage, nombre de facteurs plaident contre l'hypothèse de la porte d'entrée cutanée simple.

La statistique suivant l'âge et le sexe montre l'importance du facteur constitutionnel. L'étude anatomique des cas décèle un refroidissement général à l'origine de l'érysipèle plus souvent qu'une plaie cutanée.

Très fréquemment on note la coexistence ou la précession d'angine. Plutôt que l'hypothèse d'érysipèle amygdalien initial, on peut admettre qu'il s'agit d'une infection neurologique streptococcique qui se manifestant au niveau des amygdales et de la peau de la face. Une observation clinique vient apporter un appui à cette théorie pathogénique.

G. Dreyfus-Sée.

F. Umber. ***Diabète et assurance sur la vie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 22, 29 Mai 1936, p. 878-881). — Sur la base de plus de 7.000 observations de diabétiques traités par l'insuline, U. conclut que même les diabétiques graves bien soignés peuvent retrouver une activité comportant un travail normal et sont susceptibles de retrouver et de conserver leurs faculté de procréation, à condition de se soumettre régulièrement à l'insulinothérapie nécessaire et d'obéir aux prescriptions diététiques et hygiéniques qu'exigent leur état. Par contre les formes qui ne comportent plus qu'une fonction insulaire minime et les formes insulino-résistantes doivent être éliminées par les assurances sur la vie.

G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague et Vienne)

H. Kraiss (Tübingen). ***La question de la guérison de l'endocardite lente*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 17, 24 Avril 1936, p. 566). — Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que l'endocardite lente est nécessairement mortelle en peu de temps. K. a fait les mêmes observations mais cependant il a observé tout de même un cas de guérison ou tout au moins de rémission prolongée.

Il s'agit d'une jeune femme de 31 ans qui présentait à son entrée à l'hôpital tous les signes de cette endocardite. A la pointe, souffle systolique et souffle diastolique aortique. L'examen hématologique révélait 11.800 globules blancs, dont 27 pour 100 de lymphocytes et 4 pour 100 de monocytes. On y trouva également le streptocoque « viridans ». On lui fit un traitement avec divers produits ou spécialités courantes en Allemagne (sylotropine, argollavine, onguent de Crédé, etc.). Malgré tout, l'état de la malade s'aggravait, une broncho-pneumonie se déclara, on administra deux transfusions sanguines en même temps que des toni-cardiaques. Après 8 jours la pneumonie disparut, la température baissa, et après encore quelques jours, la malade partit de l'hôpital pour des raisons économiques.

Trois années après la malade se représentait devant K., elle avait travaillé depuis longtemps et même fait du sport. L'examen général montrait un état normal sauf un fort pourcentage de myélocytes, peut-être explicable par une infection restée latente. K. ne peut dire si cette guérison est due au traitement. Il suppose plutôt que ce fut la pneumonie qui développa suffisamment de réactions pour l'emporter sur la septicémie.

Guy Hausser.

E. Bauer (Leipzig). ***L'assimilation du sucre de raisin par l'organisme humain*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 18, 1er Mai 1936, p. 592-594). — B. a d'abord expérimenté sur des chiens, dans le but de rechercher quelle pouvait être leur faculté d'absorption de sucre de raisin.

Il a, en particulier, injecté par voie intraveineuse des solutions sucrées qu'il a fait passer lentement et longtemps. B. a alors constaté que de grosses quantités de produit pouvaient être injectées sans apparition de glycosurie notable. Cependant, après une certaine durée et une quantité assez importante d'absorption, l'animal présente des troubles graves qui aboutissent à la mort si l'on ne suspend l'expérience. L'autopsie de tels animaux décédés ainsi révéla une surcharge considérable en glycogène de la plupart de leurs organes.

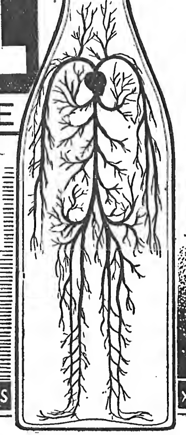
Toutes ces expériences ont en somme montré qu'un organisme peut s'adapter dans de larges limites au sucre de raisin. Cependant cette faculté d'adaptation augmente d'abord progressivement, pour atteindre une certaine limite qu'elle ne dépassera pas, là elle reste en quelque sorte étale et après un certain temps elle décroîtra assez rapidement.

B. a ensuite expérimenté avec de jeunes enfants sains. Il a constaté que l'administration d'hydrates de carbone dans le repas du soir influençait nettement la glycémie du lendemain : il y avait d'autant moins de glucose dans le sang, que le repas de la veille avait été plus riche en hydrates de carbone.

B. conclut, en remarquant que pour chaque me-



ÉLIXIR VÉGÉTAL ATOXIQUE



REGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE

ETATS CONGESTIFS

Extrait	Bourse à Pasteur	0,10
—	Berberis	0,10
—	Hamamélis	0,30
—	Quinquina	0,08
—	Viburnum	0,10
Alcoolature Anémone		0,15
Elixir vanillé q. s. p. 1 cuill. à café		

3 cuillères à café par jour

LITRE. ÉCHONS : LABORATOIRES DU Dr H. FERRÉ 6 Rue DOMBASLE. PARIS

XV

PATHOLOGIE DE L'AGE MUR

TRAITEMENT DE BASE

ORTHOGENOL

PREMIÈRE FORMULE DU REDRESSEMENT BIOLOGIQUE INTÉGRAL – FACTEURS Ph.Mg. Mn.Si.Li. S. O. DIURÉTINE. SCILLE. Ac. THYMINIQUE. CITRATES HORMONOTHÉRAPIE ANTISÉNILE

ARTÉRIOSCLÉROSE
RHUMATISMES
AZOTÉMIE
ANURIES MÉDICALES
ŒDÈMES – OBÉSITÉ, etc.

RÉGÉNÉRATEURS ET DÉPURATEURS TISSULAIRES DIURÉTIQUES RÉNAUX ET ENDOCRINIENS ASSOCIÉS

3 A 6 CACHETS OU CUILLERÉES D'ELIXIR P. J.

Laboratoires BÉLIÈRES, 19, rue Drouot, PARIS

MÉTHODE L. GOLDENBERG

VACCINS IVAGO

(INTRADERMIQUES)

INJECTABLES
(VOIE INTRADERMIQUE)

A ANTIGRIPPAL
B ANTIPYORRHÉIQUE
D ANTISTAPHYLOCOCCIQUE
G ANTIGONOCOCCIQUE
M GYNÉCOLOGIQUE
P ANTIPYOGÈNE
R ANTIOZÉNEUX
U ANTICOLIBACILLAIRE

BUVABLES
(VOIE BUCCALE)

IVAGO-COLI (colibacillose, pyélo-néphrite).
IVAGO-GRIPPE (broncho-pulmonaire).
IVAGO-PYO (infections pyomicrobiennes).
IVAGO-STA (furonculose).

GELÉES-VACCINS
(PAR PANSEMENTS)

GELÉE B ANTIPYORRHÉIQUE
GELÉE D ANTISTAPHYLOCOCCIQUE
GELÉE M GYNÉCOLOGIQUE
GELÉE P ANTIPYOGÈNE
"O" OVULES-VACCINS

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE :

Laboratoires IVAGO, L. BÉLIÈRES, Docteur en Pharmacie, 17, rue de Provence, PARIS

sure de la glycémie, il faut tenir compte des repas administrés la veille.

Guy Hausser.

A. et **L. Sylla** (Halle). ***Troubles de la sécrétion gastrique au cours de goitre exophtalmique*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 18, 1er Mai 1936, p. 598-600). — Bien que les troubles gastriques et intestinaux soient assez fréquents au cours des affections thyroïdiennes, la sécrétion de l'estomac a été insuffisamment examinée au cours de tels cas.

A. et L. S. ont constaté à plusieurs reprises une hypo-acidité et même de l'achlorhydrie mais jamais de l'achylie.

Ils ont examiné, dans 74 cas de goitre exophtalmique, le contenu de l'estomac selon les procédés usuels et ont constaté de l'achlorhydrie dans au moins la moitié des cas observés.

A. et L. S. ne croient pas qu'il y ait un rapport entre l'anémie de Biermer et le G E. Alors qu'en cas d'anémie on peut constater l'absence de certains éléments d'origine hépatique ou gastrique, dans le G. E. au contraire ces éléments sont abondants.

Comment maintenant s'expliquer les diarrhées fréquentes au cours du G. E. ? Les malades chez qui l'on trouvait une acidité très faible n'en présentaient que rarement. A. et L. S. expliquent que dans d'autres cas au contraire, il y avait nettement des gastrites. Les troubles intestinaux en étaient donc les conséquences. Dans d'autres cas, les diarrhées semblaient être dues à des troubles purement nerveux.

Dans ces cas d'hypoacidité, A. et L. S. ont donné contre le manque d'appétit de l'acide chlorydrique dont l'effet fut toujours très rapide.

Ils expliquent cette hypoacidité par la diminution générale du fonctionnement des glandes ; une amélioration de leur fonctionnement amène un relèvement de l'acidité gastrique. Voilà pourquoi des contrôles répétés de la sécrétion gastrique leur paraissent nécessaires.

Guy Hausser.

W. Fulde (Breslau). ***Contribution au traitement des empoisonnements aigus par le mercure*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 20, 15 Mai 1936, p. 664-666). — F. rapporte trois cas d'intoxication par le mercure, dans lesquels il obtint une guérison relativement prompte. Il croit donc pouvoir recommander dans les cas graves le traitement suivant.

Dès que l'on a reconnu qu'il s'agissait d'une intoxication mercurielle, on fait des lavages d'estomac avec une suspension aqueuse de charbon animal, et on administre une solution à 20 pour 100 de sulfate de magnésie. Ces deux procédés cherchant à éliminer le toxique non encore absorbé.

Pour stimuler l'organisme, et pour lui donner une quantité suffisante d'eau et de calories, F. fait faire tous les deux ou trois jours d'abondantes saignées et des injections intraveineuses. Ces dernières sont faites avec une solution glucosée hypertonique à 20 pour 100. Il y ajoute aussi des tonicardiaques et de « l'euphylline ». L'euphylline amène, par une dilatation des vaisseaux rénaux, une augmentation de la diurèse. Enfin le glucose exerce une action favorable sur le cœur, les vaisseaux et le parenchyme hépatique.

Guy Hausser.

L. Kuhnel (Vienne). ***De l'œdème cérébral aigu*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 20, 15 Mai 1936, p. 669-677). — Au point de vue anatomo-macroscopique, l'œdème cérébral est assez facile à reconnaître. A l'autopsie, beaucoup de liquide coule à l'ouverture de la boîte cranienne et de la duremère. Au point de vue clinique, les symptômes sont cependant bien variés. Il y a des cas d'apathie légère pouvant aller jusqu'au coma, du méningisme, un S. de Babinski, des apoplexies, etc. Ce qui est commun à tous ces symptômes, c'est la perturbation très rapide de la connaissance. Evidemment, on ne peut, à chaque fois en présence de confusion, conclure à l'existence d'un œdème cérébral, mais si en même temps une raideur de la nuque ou un Babinski se manifestent on peut conclure à l'existence d'un œdème cérébral même si la ponction lombaire ne fait pas encore couler beaucoup de liquide.

De même l'étiologie est très variée : on trouve des troubles de la circulation, des tumeurs cérébrales, de l'alcoolisme chronique, etc., etc. Ce qui est commun à toutes ces causes, cependant, c'est l'atteinte antérieure du rein. Voilà pourquoi il faut influencer l'élimination rénale. K. l'effectue surtout par le salyrgan par voie intra-musculaire, associé à la caféine. Dans certains cas compliqués d'érésypèle, K. fait faire des injections sous-cutanées de 20 cmc de sérum de cheval normal. Ce traitement combiné avec le précédent lui aurait donné de bons résultats même dans des cas très graves.

Guy Hausser.

E. Weissenberg (Vienne). ***Possibilité d'influencer le « syngultus » (déglutition continue) par un traitement avec les ondes courtes*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 22, 29 Mai 1936, p. 737). — On sait que le singultus est difficile à influencer. Il peut se manifester au cours de certaines affections les plus différentes et en particulier au cours d'affections cérébrales, notamment d'encéphalite. On se rappelle particulièrement l'épidémie de singultus qui survint après l'épidémie grippale de 1918.

W. rapporte six cas dans lesquels il a réussi à faire disparaître le singultus par un traitement avec les ondes courtes ; les rayons étaient surtout dirigés d'une part vers l'estomac, d'autre part, vers l'occiput. Le résultat fut en général assez rapide, amenant la sédation des troubles observés.

Cependant, dans quelques cas, W. dut répéter ce traitement deux ou trois fois.

Guy Hausser.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE (Tübingen)

Christ (Bâle). ***Transfusion de sang incoagulable (à propos de 700 transfusions)*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **162**, n° 2, Septembre 1935, p. 268-285). — L'article de C. est un plaidoyer en faveur de la transfusion de sang citraté. Les 700 transfusions ont été pratiquées dans les cas suivants : hémorragies aiguës (166 cas), anémie chronique (197 cas), hémophilie et maladies du sang (31 cas), infection chronique (69 cas), transfusions pré-opératoires (63 cas), post-opératoires (79 cas), intoxications (95 cas). Dans 597 cas, on n'a noté aucun trouble après la transfusion ; dans les autres cas, on a pu noter : de la fièvre (pas en rapport certain avec la transfusion) : 60 cas ; des frissons : 13 cas ; de l'urticaire : 22 cas ; de l'hémoglobinurie : 7 cas ; 1 cas d'état de shock sans évolution fatale. Malgré la transfusion dont les doses étaient aux environs de 3 à 400 cmc de sang, 198 cas sont morts. La plupart de ces cas concernaient des cancéreux. Aucun accident grave n'a été observé au cours de ces transfusions. A côté des indications classiques, C. signale les heureux effets de la transfusion au cours de certaines psychoses, et dans 2 cas de psychoses à évolution aiguë chez des sujets de sexe masculin la transfusion a paru avoir une action des plus heureuses.

J. Sénèque.

Kœnnecke (Oldenburg). ***Sur la résection dans les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **162**, n° 2, Septembre 1935, p. 315-320). — La gastrectomie d'emblée dans les ulcères perforés de l'estomac ou du duodénum ne doit être pratiquée que si l'état général du malade le permet, et si le chirurgien est suffisamment entraîné à la chirurgie gastrique pour réaliser cette intervention avec suffisamment de rapidité et de sécurité. C'est ainsi que K., depuis l'ouverture de la paroi jusqu'au dernier point de suture, n'a jamais mis plus de 40 minutes pour pratiquer une gastrectomie.

En 11 ans, il a eu l'occasion d'intervenir 41 fois pour un ulcère perforé gastro-duodénal et a pratiqué 32 fois la résection d'emblée, 9 fois la suture simple de la perforation.

Sur 32 résections, il a eu 2 morts alors que sur 5 sutures simples de la perforation il relève 5 décès. C'est dire que la gastrectomie était réservée aux bons cas et la suture simple aux mauvais cas.

Les deux morts qu'il a eu à déplorer après la résection se seraient très probablement produites si l'on s'était contenté d'une suture simple, car dans un cas il s'agissait d'un homme de 72 ans, chez lequel la résection fut très facile d'exécution, tandis que dans le deuxième cas, il s'agissait d'un jeune homme de 21 ans qui mourut 7 mois 1/2 après l'intervention d'une pleurésie purulente post-opératoire.

Sur les 41 cas, on note 38 hommes et 3 femmes ; 36 fois l'ulcère siégeait sur le duodénum, 1 fois sur le pylore, 4 fois sur l'estomac.

En ce qui concerne le mode de gastrectomie, K. a pratiqué 18 fois le Billroth I, et 14 fois le Billroth II.

J. Sénèque.

Fromna (Dresde). ***Sur les méthodes de traitement du cardio-spasme d'après l'expérience clinique*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **162**, n° 3, Octobre 1935, p. 337-350). — Durant ces quatorze dernières années, F. a eu l'occasion de traiter 24 malades atteints de cardio-spasme : 11 hommes, 13 femmes, qui tous ont été suivis pendant plusieurs années. F. classe ces malades en trois groupes :

a) Les malades qui ne présentent que des troubles psychiques nerveux sans lésion anatomique.

b) Les malades présentant des troubles organiques : paralysie ou irritation des filets nerveux, sur un terrain psychique surajouté.

c) Les organiques vrais sans troubles névropathiques.

Au point de vue anatomique, il existe des cas où la dilatation s'étend à tout l'œsophage jusque dans sa portion cervicale et des cas où la dilatation est localisée dans le segment supra-cardiaque. Dans le premier groupe, il s'agit d'un trouble de l'innervation de l'œsophage, dans le second d'un trouble réflexe de l'orifice cardiaque.

15 malades seulement ont été opérés : 1 gastrostomie, 2 cardiotomies extra-muqueuses (Heller), 4 cardioplasties, 8 œsophago-gastrostomies (Heyrowsky).

Si l'on envisage les résultats éloignés, c'est l'œsophago-gastrostomie qui a donné les meilleurs résultats ; vient ensuite l'opération d'Heller, puis la cardioplastie. Après l'œsophago-gastrostomie non seulement tous les troubles subjectifs disparaissent, mais l'œsophage reprend son aspect normal, et dans 2 cas où la dilatation œsophagienne était particulièrement accentuée, il serait impossible chez ces malades, revus 6 ans et 10 ans après cette intervention, de dire qu'il a jamais existé une lésoin de l'œsophage.

J. Sénèque.

Schmidt et **Billig** (Heidelberg). ***Sur deux cas de paralysie transversale à la suite de thoracoplasties pratiquées sous anesthésie locale*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*). t. **162**,

nº 3, Octobre 1935, p. 441-449). — Sur 178 thoracoplasties pratiquées à la clinique de Heidelberg, S. et B. ont eu deux fois l'occasion d'observer une paraplégie transversale qui, dans un cas, évolua vers la mort. Ces deux observations restent quelque peu mystérieuses et bien que l'autopsie ait pu être pratiquée dans le cas à évolution mortelle on ne peut arriver à éclaircir les raisons de cette complication.

On ne connaît guère l'existence de myélites consécutives aux injections de novocaïne, bien que l'on ait rapporté jadis une observation de paralysie bulbaire consécutive à une anesthésie buccale. Dans les deux observations, des doses relativement élevées de morphine ont été utilisées dans les suites post-opératoires, mais il est douteux que ce soit là l'origine de la paraplégie.

Dans le premier cas, les premiers phénomènes se sont manifestés 4 jours après l'intervention; le malade a commencé par éprouver une impossibilité d'utiliser la sonnette pour appeler l'infirmière et rapidement s'est établie une paralysie motrice et sensitive en rapport avec une lésion au niveau de D6 (paralysie des 2 membres inférieurs, paralysie vésicale, etc.), tandis que la température montait à 40° et que le pouls s'élevait à 136 pulsations. En 30 heures, le malade succombait avec tous les signes d'une paralysie ascendante de type Landry.

A l'autopsie, il n'existait ni mal de Pott, ni tumeur médullaire, ni méningite et l'examen histologique de la moelle a montré simplement des signes de myélite.

Dans le deuxième cas, les mêmes phénomènes ont débuté 48 heures après la thoracoplastie, mais les phénomènes paraplégiques se sont rapidement atténués pour faire place à de simples phénomènes parétiques et au bout de quelques semaines tout était revenu à la normale.

J. Sénèque.

Luhmann (Breslau). ***Sur l'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **162**, nº 3, Octobre 1935, p. 449-456). — L. publie deux observations d'ankylose temporo-maxillaire : Dans le premier cas où l'étiologie n'est pas signalée il s'agissait d'une femme de 28 ans dont le début de l'affection remonte à neuf ans. L'ankylose se complète, on note en même temps de la micrognathie. L'intervention fut bilatérale et consista en une résection suivie d'interposition et fascia lata. Revue quatre ans après le résultat est satisfaisant.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'un homme de 34 ans et l'ankylose qui remonte à deux ans auparavant était consécutive à une suppuration de l'oreille moyenne. Aucun mouvement n'est possible ; l'examen radiographique montre que seule l'articulation gauche est atteinte ; dans ce cas L. pratique également une résection avec extirpation du tissu fibreux et interposition de fascia lata; excellent résultat.

L. attire l'attention sur les dangers de léser soit le facial soit l'artère maxillaire interne.

J. Sénèque.

Schaffhauser (Zurich). ***Opérations plastiques dans le traitement des hydronéphroses*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **163**, nº 1, Janvier 1936, p. 1-19). — Au cours de ces quatre dernières années, cinq cas d'hydronéphroses dont deux bilatérales ont été traités à la clinique de Clairmont par des opérations plastiques conservatrices, soit donc 7 interventions. Dans quatre cas on a pratiqué l'urétéroplastie de Fenger, dans deux cas la transposition de l'uretère d'après Wildbolz (section de l'uretère et transposition suivie de section circulaire), dans un cas enfin on a réséqué une petite artère qui par des troubles de compression était la cause de l'hydronéphrose.

Dans cinq cas il s'agissait de troubles purement mécaniques : deux cas d'hydronéphrose dans la dépendance d'une artère polaire inférieure, trois cas de sténose de l'uretère provoqués par une ptose rénale, dont un cas avec périurétérite marquée ; dans deux cas enfin il ne s'agissait pas de troubles mécaniques.

Comme résultats on note : 2 très bons résultats, 4 résultats, 2 résultats mauvais après l'opération de Wildbolz.

Après la section transversale de l'uretère suivie d'urétéropyélonéostomie, il a été nécessaire de pratiquer la néphrectomie; étant donné que l'hydronéphrose avait provoqué une très forte dilatation des calices, il eût été préférable de recourir d'emblée à la néphrectomie.

Dans les observations II et IV, l'urétéroplastie de Fenger a donné un excellent résultat chez des malades revue l'un 8 mois, et l'autre 5 semaines après l'intervention.

D'après les résultats obtenus, il semble donc que les indications des opérations plastiques doivent être plus étendues qu'elles ne le sont encore à l'heure actuelle dans le traitement des hydronéphroses.

J. Sénèque.

Mester (Budapest). ***Le rôle du diverticule de Meckel dans l'occlusion intestinale*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **163**, nº 1, Janvier 1936, p. 34-45). — Sur les 9 cas rapportés par M., 5 seulement méritent d'être maintenus, étant donné que dans les 4 autres la présence du diverticule de Meckel n'était pas la cause des accidents occlusifs, mais coexistait simplement avec ces derniers. Dans la première observation, le diverticule est découvert dans le sac d'une hernie inguinale étranglée; dans la deuxième observation c'est au cours d'une intervention pour ulcère duodénal; dans les observations III et IV, aux lésions inflammatoires de l'appendice, étaient associées des lésions d'un diverticule; dans les 4 cas, l'ablation du diverticule s'est passée très normalement. Restent maintenant les 5 cas dans lesquels le diverticule a véritablement été la cause de l'occlusion.

Dans l'observation V, il s'agit d'un jeune homme de 27 ans, opéré 4 ans auparavant d'appendicite. Ce malade est pris brusquement de nausées avec vomissements, puis arrêt des matières et des gaz. Il est adressé avec le diagnostic d'occlusion intestinale : l'abdomen est tendu, sensible au niveau de la cicatrice appendiculaire. L'intervention est aussitôt pratiquée; laparotomie médiane : il s'écoule dès l'ouverture du péritoine un liquide séro-sanglant, et à 40 cm. de la valvule de Bauhin on tombe sur un diverticule de Meckel très enflammé et très distendu près de son insertion sur le grêle; autour de lui s'est tordue une anse intestinale; détorsion du grêle, résection du diverticule et enfouissement de sa base d'implantation, guérison.

L'*observation VI* concerne une jeune fille de 18 ans qui se plaint depuis 3 jours de crampes abdominales avec arrêt des matières et gaz, et plusieurs vomissements. La température est à 37°9. Le pouls à 110; l'abdomen est météorisé. Laparotomie médiane; issue de liquide séro-sanglant; apparition d'une anse distendue recouverte de fibrine : il s'agit d'une anse grêle étranglée par un diverticule qui se dirige ensuite vers le promontoire. Résection du diverticule. Guérison après suppuration pariétale superficielle.

Dans l'*observation VII*, il s'agit d'un homme de 57 ans; le début des accidents remonte à 4 jours. Température 38°; pouls 110. Laparotomie médiane; issue de sérosité sanglante. A 50 cm. de la valvule de Bauhin on découvre un diverticule dont la paroi est déjà phlegmoneuse et qui se dirige vers le promontoire; au-dessous de lui se trouve une anse intestinale étranglée par torsion autour de l'anse mésentérique. Détorsion du grêle, puis résection du diverticule. Guérison après suppuration pariétale et inflammation pulmonaire.

L'*observation VIII* concerne un jeune homme de 22 ans; les accidents aigus remontent à 4 jours. La température est à 38°9; le pouls à 130°. Ici encore, on note le même écoulement sanglant à l'ouverture de l'abdomen; occlusion d'une anse grêle par diverticule de Meckel qui lui-même est tordu sur son axe et nécrosé. Ablation du diverticule. Mort par péritonite au 3e jour.

L'*observation IX* enfin concerne une femme de 39 ans opérée 4 mois auparavant pour douleurs abdominales droites. A l'intervention, on avait enlevé un appendice normal. Mais comme le grêle paraissait distendu on avait pu découvrir une bride qui fut tenue pour responsable et sectionnée. 4 mois après, reprise d'une nouvelle crise abdominale aiguë qui impose une nouvelle laparotomie : occlusion du grêle par bride épiploïque et au milieu des adhérences se trouve un diverticule de Meckel; l'état de l'intestin nécessite une résection de 70 cm. d'intestin. Guérison.

J. Sénèque.

Josa (Debruch). ***Sur la torsion du testicule ectopique*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **163**, nº 1, Janvier 1936, p. 45-51). — J. rapporte le cas suivant de torsion d'un testicule en ectopie :

Il s'agit d'un ouvrier forgeron âgé de 23 ans qui se plaint depuis de longues années de douleurs dans l'hypocondre gauche; ces douleurs se sont accentuées depuis 3 semaines, puis s'est installé en état subocclusif si bien que le malade est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion chronique. A l'examen, on constate une distension abdominale prédominante à gauche, sans contracture; la température est normale, le pouls bat à 80; il existe une sensibilité au niveau du cul-de-sac de Douglas. On constate également l'absence de testicule dans la bourse gauche. Malgré ce signe important on pense au début à une occlusion chronique par péritonite tuberculeuse et ce n'est qu'au sixième jour, quand les symptômes se seront précisés (prépondérance manifeste des symptômes du côté gauche, température à 38°, leucocytose à 17.000) que l'on pense enfin au diagnostic de torsion d'un testicule ectopique. La laparotomie confirme le diagnostic; le pédicule est tordu 2 fois à 360° dans le sens des aiguilles d'une montre; le testicule a un aspect brun noirâtre et on ne peut que pratiquer une castration. L'examen anatomo-pathologique a montré qu'il n'y avait presque plus de tissu normal au niveau de cette glande et qu'il s'agissait d'un sarcome testiculaire.

A côté de son observation, J. a pu en réunir 11 autres de torsion de testicule ectopique. La lésion siégeait 7 fois à droite, 3 fois à gauche, était bilatérale dans un cas. Le diagnostic exact n'a été posé que 2 fois; 5 fois, on a pensé à une appendicite aiguë (4 cas d'ectopie droite et un cas d'ectopie gauche avec douleurs abdominales à droite); dans un cas, on a pensé à une occlusion chronique, deux fois aucun diagnostic n'est précisé; dans un cas enfin on a pensé à une affection sur un testicule ectopique sans préciser la complication de torsion. Sur ces 11 observations, 5 fois seulement le testicule était normal, 6 fois il était le siège de tumeur analogue (3 cas de sarcome, un cas de carcinome, 2 cas de tumeur maligne avec noyaux dans le pédicule).

J. Sénèque.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

R. Lenk. ***Contribution au diagnostic radiologique du mode de production du pneumothorax spontané dit « idiopathique »*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **53**, Mai 1936, p. 789-793). — En dehors de la tuberculose, cause la plus fréquente du pneumothorax spontané, les

données anatomo-pathologiques montrent que l'on peut encore invoquer deux groupes d'affections pulmonaires :

1° De nature congénitale ; 2° acquises, comme par exemple les cicatrices apicales signalées par Fischer.

L. rapporte une observation de pneumothorax spontané « idiopathique » récidivant où l'examen radiologique a permis de mettre en évidence des aspects kystiques anormaux du champ pulmonaire.

L. considère, d'après les données de l'examen aux rayons, que les aspects kystiques qu'il a observés peuvent être dus à des kystes développés sur des « cicatrices apicales ».

MOREL KAHN.

MITTEILUNGEN AUS DEN GRENZGEBIETEN DER MEDIZIN und CHIRURGIE (Iéna)

Paul Huber. ***La signification du système circulatoire quant à l'évolution des accidents par courant de haute tension*** (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, t. 44, n° 3, 27 Mai 1936, p. 234-275). — Le courant électrique suit avant tout dans l'organisme les vaisseaux, mais aussi d'autres voies. Les courants de haute tension ne provoquent qu'exceptionnellement des lésions anatomiques de la paroi du cœur telles que les hémorragies, de la nécrose locale, des déchirures, etc. Les fonctions cardiaques sont beaucoup plus souvent atteintes d'une façon passagère ou durable. La mort brusque sous l'influence de courants de haute tension n'est cependant pas toujours d'origine primitivement cardiaque. Les troubles vasomoteurs sont parfois marqués et persistants. Il est vraisemblable que ces troubles peuvent aller jusqu'au collapsus périphérique. De la vasoconstriction est constatée d'une façon très caractéristique si le courant n'a pas été très violent. Quand il a persisté longtemps, on constate une contraction des vaisseaux au voisinage de l'entrée et de la sortie du courant.

Une dilatation vasculaire s'observe également d'une façon régulière dans les couches profondes et constitue la cause des images en éclair souvent observées ainsi que la condition préalable des hémorragies par diapédèse. La tunique moyenne des vaisseaux est celle qui est le plus souvent altérée, en même temps la perméabilité des parois vasculaires est modifiée, ce qui peut entraîner soit de l'œdème, soit des hémorragies, ces dernières étant le phénomène le plus constant en cas d'électrocution par courant de haute tension. Les lésions du sang ni les thromboses vasculaires ne sont observées d'une façon courante.

P.-E. MORHARDT.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Kahr. ***Thérapeutique hormonale de l'avortement habituel*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 49, n° 6, 7 Février 1936, p. 172-174). — Observation détaillée d'une femme opérée à l'âge de 20 ans d'une maladie de Basedow et qui présenta en 7 ans 7 avortements spontanés, en l'absence de toute anomalie de l'utérus ou des voies génitales, et de toute infection générale. Le métabolisme basal qui était de — 16 en période normale fut de + 28 pendant les premiers mois d'une huitième grossesse. Un traitement minutieusement conduit, à l'aide d'injections de corps jaune (3 fois par semaine pendant 7 semaines), l'administration *per os* de sels de chaux et de phosphore, puis d'injections d'extrait parathyroïdien, permit de continuer la grossesse jusqu'au début du 9e mois; l'enfant, quoique prématuré, était normalement constitué et se développa de façon satisfaisante.

G. BASCH.

Vorlicek-Jelinek. ***Modifications de la formule sanguine chez les femmes atteintes de fibrome utérin*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 49, n° 8, 21 Février 1936, p. 234-240). — Il ressort de très nombreuses numérations sanguines faites chez les femmes atteintes de fibromyome, et comparativement avec des témoins de même âge et des patientes atteintes d'autres affections gynécologiques (kystes de l'ovaire, annexites, métrites, hématocèle rétro-utérine, etc...), que, dans la majorité des cas, des modifications caractéristiques sont observées dans la formule sanguine. Elles consistent en une augmentation du chiffre des leucocytes avec une lymphocytose modérée. Ces modifications auraient pour V.-J. une certaine signification d'ordre thérapeutique, témoignant d'une rupture d'équilibre dans l'organisme, et devant faire préférer le traitement chirurgical aux autres moyens thérapeutiques.

G. BASCH.

Roller. ***Un cas d'intoxication par le sulfate de magnésie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 49, n° 8, 21 Février 1936, p. 241-243). — On a préconisé les injections intra-veineuses de sulfate de magnésie dans le tétanos, dans la chorée et dans les états migraineux. Les solutions employées varient de la concentration de 5 pour 100 à celle de 20 pour 100. R. rapporte l'observation d'une jeune fille à laquelle son médecin avait pratiqué une injection intra-veineuse d'une solution à 20 pour 100 de sulfate de magnésie; celle-ci fut suivie d'un vertige immédiat, puis survinrent des crampes généralisées à tout le corps avec gêne respiratoire. La patiente, le visage rouge, les lèvres un peu cyanosées, polypnéique, présentait les signes d'une tétanie manifeste, sans signe de Chvostek bien net, mais avec signe de Trousseau. Tous ces symptômes disparurent après injection intra-veineuse de gluconate de calcium.

G. BASCH.

Silbermann et **Zappert.** ***Apparition au cours des dix dernières années d'encéphalite épidémique et non épidémique*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 49, n° 9, 28 Février 1936, p. 268-270). — S. et Z. envisagent tout d'abord un premier groupe de 185 cas comprenant des sujets présentant les séquelles les plus habituellement rencontrées d'encéphalite épidémique (Maladie de von Economo). Ces séquelles procèdent, ainsi qu'on peut le constater d'après les tableaux adjoints à l'article, de cas aigus dont les plus anciens datent de 1918, avec un maximum en 1920, et de nouvelles poussées épidémiques en 1921 et 1923. Le deuxième groupe constitué par S. et Z. comprend les cas aigus et subaigus d'encéphalite, avec maxima en 1925, 1930, 1932 et 1934, encéphalite ne ressortissant pas à la forme épidémique et dont le diagnostic est souvent malaisé. Cliniquement, S. et Z. ont pu observer des cas aigus avec délire et évolution rapidement mortelle, des cas aigus avec confusion mentale, convulsions, se terminant par la guérison, des cas s'accompagnant de paralysies oculaires, des formes hémiplégiques ou paraplégiques, ataxiques, enfin, des cas frustes dits ambulatoires. Ces formes non épidémiques ne laissent pas après elles de séquelles comme dans le premier groupe.

G. BASCH.

Eros et **Kunos.** ***Nouvelles recherches sur l'action antianémique de la muqueuse intestinale*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 49, n° 9, 28 Février 1936, p. 270-272). — E. et K. pensent que l'élaboration de substance hémopoïétique ne se fait pas seulement au niveau de la muqueuse gastrique et intestinale, mais aussi dans les organes à sécrétions internes, et de façon plus générale dans tous les organes dans lesquels se rencontre un système cellulaire argentaffine analogue à celui que l'on retrouve dans le tractus digestif. On note d'ailleurs que dans l'anémie pernicieuse, ce système cellulaire est frappé d'une atrophie considérable. L'extraction de ce principe antianémique hors de la muqueuse digestive est spécialement difficile. E. et K. ont tenté cette extraction à partir de la muqueuse intestinale de la poule dont le système argentaffine est particulièrement visible chez les animaux soumis au jeûne et ils ont injecté l'extrait à des rats splénectomisés; certains de leurs extraits ont présenté une activité supérieure à celle des extraits hépatiques.

G. BASCH.

Ratschevskij. ***Détermination de la teneur du sang en carotinoïde et sa signification clinique*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 49, n° 11, 13 Mars 1936, p. 333-337). — Le dosage des carotinoïdes et de la vitamine A peut être exécuté aisément à l'aide de la microméthode préconisée par R.; il suffit de prélever de 1 à 4 dixièmes de cmc de sang à la pulpe du doigt; si ce dosage est fait dans l'urine ou dans d'autres humeurs, on prélèvera de 5 à 10 cmc. Sauf dans le sang du porc, la carotinémie est un phénomène constant; chez l'homme se retrouve, à côté de la carotine, la xanthophylle, surtout après absorption d'œuf. Le taux de la carotinémie subit d'importantes oscillations suivant le régime suivi, avec maximum en automne et minimum au printemps, mais à côté de ces facteurs exogènes, il y a lieu de signaler les processus d'oxydation et de réduction jouant le rôle de facteurs endogènes. Enfin, l'injection intra-veineuse de solutions de carotine est très bien tolérée par l'organisme humain.

G. BASCH.

Stein. ***Des rapports entre la croissance et la chute des cheveux avec le système endocrine, et de la possibilité d'une thérapeutique endocrinienne de la calvitie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 49, n° 15, 10 Avril 1936, p. 450-453). — Les variations du système pileux en fonction des glandes endocrines, particulièrement des glandes génitales, sont connues depuis longtemps. La puberté, puis la ménopause chez la femme, donnent lieu à d'importantes modifications, parmi lesquelles on note la tendance au virilisme quand cesse le fonctionnement des ovaires.

Chez l'homme, le remplacement du lanugo par des poils adultes marque la maturité sexuelle et le bon fonctionnement des organes génitaux; le début de la sénescence se signale par l'apparition de poils dans les narines et les conduits auditifs.

S. passe enfin en revue les diverses modifications qu'impriment au revêtement pileux les diverses maladies endocriniennes: syndromes hypophysaires, surrénaliens, thyroïdiens, etc... La calvitie masculine pose d'après S. un problème du même ordre : l'attribuer à la séborrhée ne fait que reculer le problème, puisque ce flux séborrhéique ne donne pour ainsi dire jamais lieu à la calvitie chez la femme. On sait d'autre part que les eunuques ne présentent jamais de calvitie. La calvitie masculine paraît être un développement de la calvitie frontale des adolescents. Le traitement doit viser non seulement à tarir la séborrhée par les applications habituelles, la haute fréquence, les ondes courtes, mais encore à tenir compte du facteur endocrinien; on prescrira des injections d'antéhypophyse et, pour freiner l'action des glandes génitales mâles, on a préconisé des injections de folliculine et de corps jaune.

G. BASCH.

Zondek. ***Suspension de la menstruation par l'hormone folliculaire*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 49, n° 15, 10 Avril 1936, p. 455-461). — Il est possible, à l'aide de l'hormone folliculaire, d'influencer le cycle normal menstruel de la femme, et de donner lieu à une aménorrhée. Pour arriver à ce but, il faut injecter au moins 70.000 unités d'hormone folliculaire; avec une quantité de 200 à 300.000 unités, le résultat est à peu près sûrement obtenu, d'autant plus constamment que l'administration d'hormone sera plus précocement entreprise après les dernières règles. La durée de cette aménorrhée n'est pas proportionnelle à la dose d'hormone injectée; la menstruation peut être retardée pour un laps de temps variant entre 6 et 70 jours. Cette administration de folliculine peut empêcher complètement la prolifération prémenstruelle de la muqueuse utérine, ainsi d'ailleurs que le développement du corps jaune qui subit une dégénérescence parenchymateuse. Ce mécanisme de freinage intéresse également les hormones gonadotropes préhypophysaires; il y a peut être une interversion des proportions entre le Prolan A et le Prolan B, ce qui expliquerait l'augmentation nette de l'excrétion de Prolan A au cours de l'aménorrhée provoquée. On possède donc, grâce à l'hormone folliculaire, un moyen de provoquer l'aménorrhée artificielle.

G. Basch.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES (Chicago)

M. Rosenthal et **E. J. Grace.** ***Intoxication expérimentale par le radium. I. Altérations de la moelle osseuse et des ganglions produites chez le lapin par l'ingestion de sulfate de radium*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 191, n° 5, Mai 1936, p. 607-617). — R. et G. ont reproduit chez le lapin les caractéristiques générales de l'intoxication humaine due au radium, en lui faisant ingérer du sulfate de radium (100 microgrammes en trois mois).

La nécrose des mâchoires, si caractéristique des cas aigus récents observés chez les peintres de cadrans lumineux, peut être réalisée expérimentalement au moyen de radium seul, sans mésothorium.

Des altérations frappantes de la moelle osseuse surviennent, consistant en une hyperplasie précoce des éléments érythropoiétiques, suivie d'une moindre maturation des érythroblastes et du remplacement de ces éléments par des myélocytes. Finalement à cette moelle hyperplasique se substitue du tissu fibreux.

Au niveau des ganglions lymphatiques on note une stimulation initiale des cellules-souches, suivie de leur dégénérescence, aboutissant à l'atrophie du tissu lymphoïde qui coexiste avec une métaplasie myéloïde. Dans le sang circulant on constate une lymphopénie totale.

Le développement de tissu myéloïde au sein des ganglions lymphatiques et de la rate, associé à l'extrême hyperplasie myélocytaire constatée au niveau de la moelle osseuse des lapins, fait penser que l'apparition de la leucémie chez les personnes qui manipulent le radium et les rayons X peut n'être pas une simple coïncidence.

P.-L. Marie.

M. B. Welborn. ***Pleurodynie épidémique à Cincinnati*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 191, n° 5, Mai 1936, p. 673-678). — De Juin à Septembre 1935 a sévi à Cincinnati (Ohio) une affection caractérisée par des douleurs intenses, à début soudain, siégeant dans la poitrine ou à l'épigastre, douleurs accrues par les inspirations profondes ou les mouvements du tronc, par une fièvre de 38 à 40° souvent accompagnée de frissons, par une formule leucocytaire normale ou par de la leucopénie et par l'absence de signes physiques pleuraux ou pulmonaires importants. La maladie règne pendant les mois d'été, frappant les jeunes sujets bien portants des deux sexes, plus particulièrement les enfants, et atteint souvent plusieurs membres d'une même famille. Elle peut disparaître après une seule poussée ou présenter des rechutes après une période de vingt-quatre ou trente heures de bien-être relatif. La guérison est d'ordinaire rapide et complète. L'étiologie est inconnue ainsi que la nature et le siège des lésions.

L'épidémie étudiée ici semble être la première constatée dans le Middle West des Etats-Unis; mais on en a déjà signalé dans les Etats de l'Est et du Sud depuis 1888. Les premières épidémies furent observées en Islande (1856) et en Norvège (1872).

W. relate ici 11 cas. La symptomatologie fut celle indiquée plus haut. Une moitié des malades eurent des prodromes (sensation de fatigue, douleurs abdominales vagues, etc.) et un début progressif. La douleur précéda la fièvre, mais le rapport entre la douleur et la fièvre fut étroit. La sensibilité douloureuse au niveau du siège de la douleur ne persista pas après la cessation des symptômes aigus. La douleur affecta le caractère de crampes. On ne nota aucun signe clinique ou radiologique important du côté du poumon ni de la plèvre malgré des examens répétés. La formule leucocytaire se montra normale les deux premiers jours pour faire place ensuite à de la leucopénie à partir du cinquième jour.

Les biopsies des muscles apparemment atteints ne décelèrent aucune modification morphologique.

P.-L. Marie.

F. K. Harder. ***Myalgie ou pleurodynie épidémique dans l'Ohio occidental*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 191, n° 5, Mai 1936, p. 678-685). — La myalgie ou pleurodynie épidémique est une affection contagieuse aiguë, caractérisée par une douleur intense située au niveau des attaches du diaphragme à la paroi thoracique.

Durant l'été de 1935, 282 cas furent signalés au Service d'Hygiène de Cincinnati. H. qui le dirige donne ici les caractères épidémiologiques de l'affection. Elle frappe également les blancs et les noirs, les deux sexes et les personnes vivant dans des milieux salubres ou insalubres. Les enfants sont plus susceptibles que les adultes.

Le diagnostic se pose avec la thrombose coronarienne, la pneumonie au début, la péricardite, la pleurésie diaphragmatique et surtout avec les affections chirurgicales de l'abdomen.

H. relate pour terminer l'histoire d'une épidémie familiale.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF NEUROLOGY and PSYCHIATRY (Chicago)

Ernest Sachs, Joseph E. Rubinstein et **Norman Arneson.** ***Résultat du traitement radiothérapique d'une série de 119 gliomes*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. 35, n° 3, Mars 1936, p. 597-617). — Les résultats du traitement chirurgical des gliomes du cerveau sont améliorés quand ils sont suivis d'un traitement radiothérapique convenable. La survie des malades est sensiblement augmentée comme le montrent les observations rapportées dans ce mémoire qui ont trait à des astrocytomes, des médulloblastomes, des hémangioblastomes, des glioblastomes et des gliomes divers.

Mais pour obtenir des résultats favorables, les doses de rayons doivent être plus élevées que celles utilisées jusqu'ici. Tous les moyens techniques devront être utilisés pour donner la dose de rayons la plus élevée possible. Pour cela, on pourra multiplier les portes d'entrée, augmenter la distance de l'ampoule à la peau, utiliser des rayons mieux filtrés. Les séances pourront être étendues sur une période de temps plus long. On pourra également irradier le champ tumoral par la plaie opératoire chirurgicale, sans traverser la peau et l'os, ce qui permettra d'apporter à la zone tumorale une dose beaucoup plus élevée de rayons.

H. Schaeffer.

Hammes, Saint-Paul et **Frary.** ***Polynévrite associée à une anesthésie à l'éther chez trois membres d'une famille*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. 35, n° 3, Mars 1936, p. 617-629). — Chez 3 sujets d'une même famille on voit survenir une polynévrite deux semaines après une laparotomie sous anesthésie à l'éther. Dans les 3 cas le début fut brusque, l'évolution rapide, et le tableau clinique un peu spécial.

Dans le 1er cas les douleurs furent très vives, la paralysie généralisée aux 4 membres avec troubles de la déglutition et de la voix.

Dans le 2e cas, la polynévrite sensitivo-motrice généralisée s'accompagne de baisse de l'acuité visuelle allant jusqu'à la cécité, et d'accidents délirants pendant 15 jours.

Dans le 3e cas, la paralysie généralisée s'accompagna également de troubles de la déglutition, et les douleurs furent si pénibles qu'elles nécessitèrent la morphine.

Le tableau clinique de ces 3 cas est très particulier et n'est pas habituel dans les polynévrites. Il est impossible de savoir d'ailleurs si ces accidents sont le fait d'une sensibilité particulière à l'éther, ou s'ils n'ont, avec l'anesthésie, qu'un simple rapport de coïncidence.

L'examen anatomique pratiqué dans un cas montra une démyélinisation étendue des nerfs périphériques avec hyperplasie du tissu conjonctif.

Les polynévrites dues à l'éther sont à peu près inconnues jusqu'ici. On a pourtant signalé dans les intoxications chroniques par l'éther des troubles discrets de la sensibilité périphérique.

H. Schaeffer.

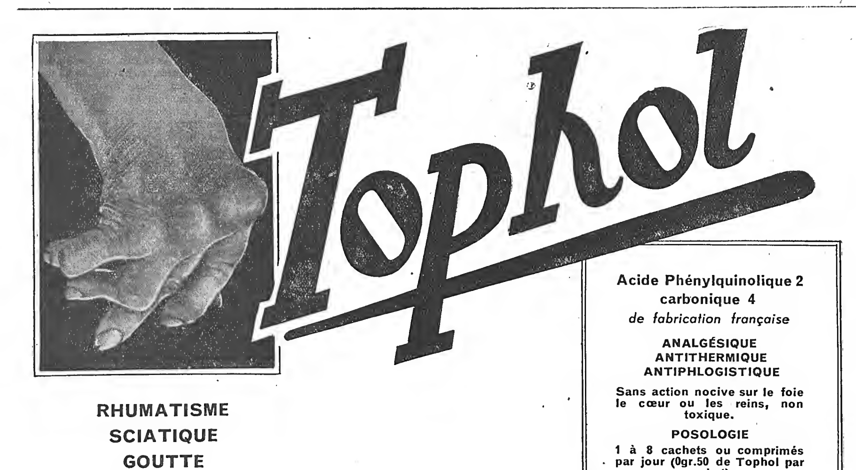
MINERVA MEDICA (Turin)

T. Galli. ***Contribution à l'étude de l'action thérapeutique d'un sérum antithyroïdien dans la maladie de Flajani-Basedow et l'hyperthyroïdisme*** (*Minerva Medica*, année 27, t. 1, n° 4, 28 Janvier 1936, p. 91-92). — Les laboratoires Bruschettini ont préparé un sérum antithyroïdien recueilli sur des chevaux éthyroïdés, maintenus en vie par l'administration de préparations thyroïdiennes; à l'inverse des autres sérums antithyroïdiens, ce sérum n'est pas dilué dans la glycérine et présente donc une concentration élevée; on l'administre par gouttes (XX à CC gouttes par jour). G. a utilisé ce sérum dans 5 cas de maladie de Basedow avec métabolisme basal allant de + 79 pour 100 à + 25 pour 100 et dans 3 cas d'hyperthyroïdisme clinique avec métabolisme allant de + 4 à + 15 pour 100 (un cas d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, 2 cas de pleurésie sérofibrineuse en période de convalescence); chez les 8 malades, le métabolisme basal a rapidement baissé et le poids a augmenté.

Lucien Rouquès.

IL POLICLINICO [Sezione pratica] (Rome)

E. Frola. ***Oxygéno-thérapie parentérale dans la tuberculose pulmonaire*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. 43, n° 5, 3 Février 1936, p. 185-195). — Les injections sous-cutanées d'oxygène donnent presque toujours de bons résultats dans le traite-


Tophol
RHUMATISME
SCIATIQUE
GOUTTE
GRAVELLE
LUMBAGO
Acide Phénylquinolique 2
carbonique 4
de fabrication française
ANALGÉSIQUE
ANTITHERMIQUE
ANTIPHLOGISTIQUE
Sans action nocive sur le foie le cœur ou les reins, non toxique.
POSOLOGIE
1 à 8 cachets ou comprimés par jour (0gr.50 de Tophol par cachet).
Littérature et échantillons sur demande
LABORATOIRES TOPHOL
3, rue Condillac, Grenoble (Isère)

ment des hémoptysies et on peut éviter les récidives en prolongeant le traitement; faites un jour sur deux à la dose de 200 centicubes, les injections d'oxygène sont également utiles chez les tuberculeux pulmonaires, en dehors des hémoptysies; le poids augmente généralement; la température ne s'élève jamais et tend souvent à baisser; les pressions maxima et minima s'élèvent en général; il n'y a pas de modifications des intradermo-réactions à la tuberculine; la vitesse de sédimentation des hématies diminue constamment; les globules rouges et blancs tendent à augmenter de nombre et la formule d'Arneth dévie vers la droite; l'appétit devient meilleur et le malade se sent mieux.

Lucien Rouquès.

I. Nuvoli. ***Artériographie de l'aorte thoracique par ponction de l'aorte ascendante ou du ventricule gauche*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. **43**, n° 6, 10 Février 1936, p. 227-237). — Chez un malade présentant une ectasie de l'aorte ascendante et de l'arc aortique, l'examen radiographique avait montré une masse globuleuse du médiastin postérieur dont le siège rétro-œsophagien n'était pas en faveur de l'origine aortique ; l'aorte ascendante débordant nettement le sternum à droite, N. l'a ponctionnée et y a injecté avec l'appareil de Dos Santos 28 centicubes d'iodure de sodium à 100 pour 100 sous pression de 1 kilogr. 800 ; les radiographies ont permis de conclure par l'opacification de la masse médiastinale postérieure qu'il s'agissait d'une ectasie d'une aorte à trajet anormal rétro-œsophagien. Le malade n'a présenté d'autre trouble qu'une céphalée qui a disparu les jours suivants.

Dans un autre cas d'ectasie aortique, N. n'a pas osé ponctionner l'aorte ascendante et y injecter un liquide sous pression, car la ponction et l'injection auraient été faites en plein sac anévrysmal ; il a ponctionné le ventricule gauche et y a injecté 28 centicubes d'iodure de sodium à 100 pour 100 sous pression de 2 kgr. 200 ; à la fin de l'injection, le malade a présenté une syncope de courte durée, puis une brachycardie (56 au lieu de 82 avant) qui a persisté pendant trente-six heures. N. attribue la syncope à la brusque distension du ventricule gauche et pense qu'avec les substances actuelles de contraste que l'on ne peut pas employer diluées, il faut proscrire l'injection intraventriculaire, tandis que l'injection dans l'aorte ascendante est parfaitement légitime.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

M. Zappacosta. ***Données nouvelles sur la pathogénie de l'exophtalmie basedowienne*** (*La Riforma medica*, t. **52**, n° 1, 4 Janvier 1936, p. 6-8). — Les théories sympathique et vasculaire d'Abadie ne résolvent pas la plupart des difficultés que soulève l'étude de la pathogénie de l'exophtalmie basedowienne. Les expériences de Labbé, Villaret et leurs collaborateurs sur l'exophtalmie expérimentale de type basedowien conduisent à donner au parasympathique trop négligé une importance capitale ; comme toute action directe des muscles sur l'œil est à éliminer, on ne peut mettre en cause qu'une action vasculaire d'ordre parasympathique, une hypérémie active dans les vaisseaux rétrobulbaires ; cette hypérémie ne réussit à produire l'exophtalmie que parce que le sympathique entre également en jeu et c'est l'action coordonnée du parasympathique et du sympathique, avec peut-être une légère prédominance du premier, qui est responsable de cette exophtalmie sans mydriase ou avec myosis. Les cas où l'exophtalmie est unilatérale ne sont pas sous la dépendance de l'hypertrophie du lobe thyroïdien homolatéral ; Z. fait jouer un rôle à un petit muscle orbital, innervé par le sympathique, qui ferme les deux tiers postérieurs de la scissure orbitaire inférieure ; ce muscle, qui présente de nombreuses variations, peut éventuellement entraver la circulation de la veine ophtalmique inférieure qui passe dans le tiers antérieur de la scissure.

Lucien Rouquès.

V. M. Palmieri. ***Le diagnostic de l'intoxication barbiturique sur le cadavre*** (*La Riforma medica*, t. **52**, n° 2, 11 Janvier 1936, p. 43-46). — Peu après la dératisation d'un navire par le gaz cyanhydrique, on trouve mort un des matelots ; la présence de dérivés cyanhydriques dans le sang du cadavre est démontrée par la transformation d'une solution de méthémoglobine en cyanméthémoglobine au contact d'un distillat du sang ; on met aussi en évidence de l'acide cyanhydrique dissimulé dans les viscères et à un plus faible degré dans le liquide gastrique. Le diagnostic d'intoxication cyanhydrique aurait été porté si l'examen de quelques gouttes de liquide contenues dans un verre trouvé près du cadavre n'avait révélé une forte quantité de véronal ; le diagnostic d'intoxication barbiturique fut confirmé par la découverte de véronal dans l'urine du cadavre. Cette observation confirme la transformation possible des barbituriques en dérivés cyanhydriques sous l'influence de la putréfaction (Kohn-Abrest) et souligne la prudence avec laquelle il faut interpréter la présence de dérivés cyanhydriques chez les cadavres.

Lucien Rouquès.

G. Lo Cascia. ***Métabolisme de la rétine*** (*La Riforma medica*, t. **52**, n° 4, 25 Janvier 1936, p. 107-110). — Des expériences de Warburg sur la rétine des rats, plongée dans du liquide de Ringer sucré, il résulte qu'en l'absence d'oxygène, la rétine transforme le sucre en acide lactique avec une rapidité qui dépasse celle des tumeurs malignes : en une heure, la rétine produit 35 pour 100 de son poids d'acide lactique ; en présence d'oxygène, le pouvoir glycolytique de la rétine est moindre qu'en atmosphère d'azote, mais reste notable, supérieur à celui des tumeurs. La rétine du rat diffère, en ce qui concerne son métabolisme, des autres tissus normaux par sa forte aptitude à lyser le sucre et des tumeurs par ses échanges oxydatifs intenses ; de 5 molécules de glucose, la rétine en transforme 4 et en brûle 1, tandis que de 13, un carcinome en transforme 12 et en brûle 1. Les échanges sont plus actifs dans la partie périphérique de la rétine que dans la macula et la région péri-maculaire. Sous l'action de la lumière, de l'acide phosphorique et de l'ammoniaque sont libérés, et le contenu en phosphatides et aminoacides diminue ; la mise à l'obscurité produit une respiration plus intense. Il est probable que l'énergie lumineuse agit sur la rétine en rompant l'équilibre physico-chimique des éléments sensoriels et que le phénomène de la vision est la conséquence de cette rupture.

Lucien Rouquès.

A. Barasciutti. ***L'anisocytose des leucocytes neutrophiles dans les cas de tumeurs malignes*** (*La Riforma medica*, t. **52**, n° 4, 25 Janvier 1936, p. 110-114. — A l'état normal, le diamètre des polynucléaires neutrophiles varie entre 11,52 µ et 14,40 µ et le diamètre le plus fréquent est 12,48 µ. Chez 30 malades atteints de tumeurs de sièges variés, B. a trouvé des variations plus étendues du diamètre (de 8,64 à 15,84 µ), tandis que le nombre des polynucléaires de diamètre moyen diminuait ; la déviation vers la droite de la formule leucocytaire (prédominance de l'anisomacroleucocytose) a été observée dans 19 cas ; comme l'anisomicroleucocytose, elle ne paraît liée à aucune particularité du tableau sanguin (anémie plus ou moins intense, leucocytose ou leucopénie, polynucléose ou lymphocytose). La macro- et la micro-anisocytose dépendent très probablement de l'importance relative du processus de formation leucocytaire et des processus de leucocatérèse et de destruction (infectieux, toxiques, mécaniques).

Lucien Rouquès.

ANNALI DI MEDICINA NAVALE ET COLONIALE

M. Clemente. ***Tuberculose et marine de guerre*** (*Annali di medicina navale et coloniale*, année **41**, t. **2**, nos 15-6, Novembre-Décembre 1935, p. 857-886). — La morbidité tuberculeuse est plus forte dans la marine de guerre italienne que dans les marines anglaise, allemande ou américaine, ce qui s'explique par la sévérité plus grande du recrutement dans ces marines où il n'y a guère que des volontaires. La morbidité tuberculeuse est plus faible dans la marine de guerre italienne que dans la population civile, mais plus forte que dans l'armée, ce qui dépend là encore du recrutement (les marins sont recrutés dans des régions assez tuberculisées) et des conditions de vie et de travail propres à la marine. Dans la grande majorité des cas, la tuberculose des marins est une tuberculose de réinfection endogène par réactivation de foyers anciens; la réinfection exogène est relativement rare et encore plus rares les primo-infections. Pour diminuer la morbidité tuberculeuse dans la marine, il importe : 1° de reviser les conditions physiques admises actuellement pour l'incorporation dans la marine, de n'admettre que des sujets parfaitement bien portants après examen clinique et radiologique; 2° d'assurer une meilleure hygiène à bord et de créer un centre de dépistage pour les suspects; 3° d'éloigner rapidement de la marine tout sujet malade ou suspect, susceptible de devenir un foyer éventuel de contamination.

Lucien Rouquès.

V. Alfano. ***L'urticaire pleurale*** (*Annali di medicina navale et coloniale*, année **41**, t. **2**, nos 5-6, Novembre-Décembre 1935, p. 887-896). — Une jeune fille de 18 ans présente depuis un mois une pleurésie sérofibrineuse; un soir, elle est prise de prurit; le lendemain, une urticaire apparaît sur le tronc et la température s'accroît; le jour suivant, l'éruption disparaît, la température baisse et l'épanchement se résorbe rapidement. A. ne pense pas que cete urticaire pleurale dépende de phénomènes toxiques ou anaphylactiques; il s'agit d'une manifestation colloïdoclasique; en règle, la résorption de l'épanchement est lente et continue et le choc ne se produit pas, d'où la rareté de l'urticaire pleurale; celle-ci n'apparaît que lorsque la résorption est brusque et massive; à ce point de vue, l'urticaire pleurale est donc un élément favorable de pronostic.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Bologne)

Jiulio Bombi (Raguse). ***Etude des altérations histologiques du foie dans l'appendicite chronique et contribution à une meilleure connaissance des hépatites dites « satellites »*** (*Archivio italiano di chirurgia*, vol. **43**, fasc. 2, p. 149-173). — B. expose les altérations histologiques rencontrées sur le foie dans 20 cas d'appendicite chronique et étudiées grâce à une biopsie pratiquée au cours de chacune des interventions opératoires.

Voici les caractères essentiels de ces altérations :

1° Lésions interstitielles, à type infiltrant et à type productif, avec localisation nettement prédominante sur les espaces porto-biliaires. Les infiltrations par voie cellulaire sont surtout fournies

par des éléments lymphoïdes associés à de rares neutrophiles et éosinophiles.

2° Lésions parenchymateuses. Moins constantes et toujours moins intenses, elles consistent en dégénérescence cellulaire discrète et limitée (dégénérescence graisseuse, infiltration pigmentaire, vacuolisation protoplasmique, légères altérations nucléaires). Pas de nécrose.

3° Lésions capsulaires. Egalement inconstantes (50 pour 100), elles consistent en un épaississement de la capsule de Glisson par augmentation du tissu conjonctif.

Ces altérations sont très semblables à celles qui ont été décrites au cours des inflammations d'autres organes abdominaux, et en particulier dans les cholécystites. La signification pathologique en est modeste et ne saurait être identifiée avec le concept clinique des hépatites.

André Guibal.

BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE (Bologne)

M. Girolami. ***L'amibiase urinaire; revue de critique et de synthèse avec contribution clinique et expérimentale*** (*Bullettino delle scienze mediche*, **11°** série, t. **3**, n° 6, Novembre-Décembre 1935, p. 539-597). — Une ample documentation clinique démontre que l'amibiase urinaire est bien une entité morbide ; elle est presque toujours secondaire à une amibiase intestinale et produite par l'*E. histolytica;* il existe quelques cas de localisation primitive de l'amibiase sur l'appareil urinaire, relevant également de l'*E. histolytica* ou plus rarement de l'*E. vesicalis* de Penso ; ces deux variétés d'amibes peuvent se rencontrer dans les urines sous la forme végétative ou sous la forme kystique. On a pu mettre en évidence histologiquement l'amibe dans la vessie et le rein de l'homme, mais on n'a pas pu reproduire expérimentalement l'amibiase urinaire; G., après avoir injecté des amibes dans les veines de lapins, a bien mis en évidence des amibes dans leurs reins et les urines, mais il ne pense pas avoir réalisé une véritable localisation urinaire, aucun foyer inflammatoire ne pouvant être décelé autour des amibes. L'amibiase urinaire n'a pas de signes particuliers et ses localisations aux divers points de l'appareil urinaire ont la symptomatologie de toutes les lésions inflammatoires de même siège ; c'est la mise en évidence des amibes dans l'urine qui peut seule assurer le diagnostic lorsque les antécédents le font soupçonner. Qu'il s'agisse de *l'E. histolytica* ou de l'*E. vesicalis*, le médicament fondamental reste l'émétine ; accessoirement, on emploiera les arsenicaux, les antiseptiques urinaires et, dans les localisations vésicales, les traitements locaux.

Lucien Rouquès.

GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE

G. Brendolan. ***Recherches expérimentales sur l'auto-greffe de tissu musculaire dans un but hémostatique dans les pertes de substance cérébrale*** (*Giornale veneto di scienze mediche*, t. **9**, n° 8, Août 1935, p. 617-641). — L'emploi d'un lambeau musculaire est avantageux dans les plaies aseptiques du cerveau, car le lambeau arrête l'hémorragie mécaniquement et dans un deuxième temps favorise le processus de réparation ; pour que ce processus de réparation soit effectif, il faut qu'il y ait non une compression directe de la substance nerveuse, mais une simple application du lambeau sur la plaie ; l'action hémostatique est d'autant plus nette que les limites du muscle coïncident plus exactement avec celles de la perte de substance. Il est impossible de dire si le muscle libère des produits qui favorisent le processus d'hémocatérèse, mais il est démontré que le muscle stimule le processus de réparation comme on le constate en comparant les plaies traitées par application de muscle à celles qui sont livrées à elles-mêmes dont la réparation n'est jamais aussi complète. Les cellules musculaires ne participent pas au travail de réparation d'une manière histologiquement visible ; elles sont peu à peu détruites et résorbées ; la cicatrice est formée par le tissu conjonctif de la méninge et par la névroglie du cortex ; tardivement, à la périphérie de la cicatrice conjonctive méningée, il n'y a que des éléments névrogliques hypertrophiés sans véritable gliose cicatricielle.

Lucien Rouquès.

M. Solito. ***Action du traitement insulinique sur l'appareil génital féminin*** (*Giornale veneto di scienze mediche*, t. **9**, n° 8, Août 1935, p. 677-691). — Certains auteurs ont mis en garde contre l'action défavorable de l'insulinothérapie sur l'appareil génital des femmes ; mais l'ensemble des observations cliniques et des recherches expérimentales déjà publiées aboutit à des résultats discordants et contradictoires et les rapports de l'hormone pancréatique et des organes génitaux femelles ne sont pas élucidés. Sur 25 femmes soumises par S. à un traitement insulinique pour des affections non diabétiques, 13 n'ont présenté aucune modification des règles ; chez les autres, on a observé un retard des règles soit pendant, soit après le traitement (les deux éventualités étant sensiblement aussi fréquentes), soit exceptionnellement pendant et après l'insulinothérapie ; le retard des règles n'a pas été important : quelques jours ou semaines, au maximum 1 ou 2 mois ; les anomalies des règles ont d'autre part toujours été transitoires. On a peu de données sur les conséquences de l'insuline sur le développement de la fonction génitale des enfants et si l'Association médicale de Californie a soutenu que l'insuline favorisait d'une façon surprenante la maturation sexuelle, son travail, est d'après S., trop peu détaillé pour entraîner la conviction. L'action de l'insuline sur la menstruation est indiscutable, mais il est impossible de préciser actuellement les facteurs par l'intermédiaire desquels elle s'exerce.

Lucien Rouquès.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA (Naples)

R. de Blasio et **P. Scrocca.** ***Purpura et tuberculose*** (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. **16**, n° 23, 15 Décembre 1935, p. 1226-1234). — B. et S. rapportent 4 cas de purpura d'origine tuberculeuse ; dans le 1er, le purpura a évolué parallèlement à la tuberculose pulmonaire et a disparu quand un pneumothorax a eu stabilisé la lésion ; dans le 2e, le purpura est survenu au dernier stade d'une tuberculose pulmonaire et l'hémoculture a mis en évidence des bacilles tuberculeux par les méthodes de Löwenstein et Petragnani ; dans le 3e cas, le purpura est apparu en même temps qu'un érythème induré de Bazin et des éléments purpuriques se sont produits à chaque poussée évolutive de l'érythème ; des inoculations de sang et des passages en série aux cobayes ont permis d'isoler un bacille acido-résistant ; dans le 4e cas, le purpura a annoncé la tuberculose et présenté des rechutes à chaque étape évolutive de celle-ci. On peut voir tous les types de purpura au cours de la tuberculose pulmonaire ; d'autre part, le purpura n'est pas l'apanage des phases terminales de l'affection et peut s'observer dans des formes curables ou précéder la tuberculose.

Lucien Rouquès.

RIVISTA DI MALARIOLOGIA (Rome)

P. Riolo. ***La thérapeutique des splénomégalies paludéennes par l'adrénaline intraveineuse*** (*Rivista di Malariologia*, t. **14**, n° 3, 1935, p. 248-262). — Ascoli et Riliberto ont proposé en 1931 de traiter les spénomégalies du paludisme chronique par des injections intraveineuses d'adrénaline : on commence par injecter un centième de milligramme d'adrénaline dans 1 cmc d'eau distillée et on augmente tous les jours la dose d'un centième de milligramme jusqu'à atteindre suivant la tolérance un dixième ou deux dixièmes de milligramme ; la dose maxima est répétée pendant une vingtaine de jours, jusqu'à la disparition de la splénomégalie ou jusqu'à ce que celle-ci ne diminue plus. Ce traitement a été utilisé dans 18 cas par R. qui en a constaté les bons résultats ; la splénomégalie après 20 ou 30 injections a disparu ou considérablement diminué et l'état anémique a présenté une amélioration remarquable ou une guérison. Ce traitement a donné de bons résultats chez un paludéen qui récidivait fréquemment malgré le traitement par la quinine et a été très bien supporté par un paludéen atteint de tuberculose pulmonaire.

Lucien Rouquès.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE (Florence)

Filippo Cardona. ***Sur la pathogénèse des crises oculogyres dans le parkinsonisme postencéphalitique*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*. Vol. **47**. Fasc. 2. Mars-Avril 1936, p. 278-289). — Nombreuses sont les théories émises pour expliquer les crises oculogyres, rapportées par la majorité des auteurs à une lésion des noyaux centraux et du système extrapyramidal. Mais si les faits cliniques sont nombreux, les observations anatomiques sont rares.

Falkiewicz et Rothfeld trouvèrent chez un malade atteint de crises oculogyres une hyperémie du plancher du 3e ventricule avec un foyer de ramollissement droit dans le pallidum et le putamen, s'étendant jusqu'à la paroi du 3e ventricule.

Meyer dans un cas analogue trouva une hémorragie diapédétique dans la cavité grise, le noyau paraventriculaire et la partie antérieure du corps mamillaire.

Marinesco et Dragonesco dans un cas de crises oculogyres post-encéphalitiques trouvèrent des lésions inflammatoires diffuses du mésocéphale et des noyaux centraux.

C. rapporte 2 cas de parkinsonisme post-encéphalitique avec crises oculogyres. Un examen minutieux du mésocéphale, des noyaux centraux, de la 2e circonvolution frontale a été pratiqué. Il montra surtout des lésions dégénératives de sclérose névroglique, et quelques lésions inflammatoires. C. estime qu'il est impossible de préciser actuellement le siège des lésions qui déclanchent les crises oculogyres, les altérations anatomiques constatées chez des parkinsoniens post-encéphalitiques avec ou sans crises oculogyres étant absolument comparables.

H. Schaeffer.

Giorgi. ***Le système neuro-végétatif dans les syndromes mentaux, et son importance quant au problème des rapports entre les émotions et les psycho-névroses*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*. Vol. **47**. Fasc. 2, Mars-Avril 1936, p. 306-333). — L'observation clinique et les épreuves pharmacologiques ont permis d'établir un diagnostic neuro-végétatif dans certains cas particu-

liers de groupes très divers de troubles mentaux. Les résultats obtenus par G. lui ont montré la très grande fréquence des dystonies végétatives dans les maladies mentales. Ces recherches ont en outre montré à G. l'existence d'un certain critère de répartition des formes variées de déséquilibre du système nerveux végétatif en rapport avec certains types de troubles mentaux. Dans les syndromes confusionnels on rencontre dans 44 pour 100 un état de sympathicotonie; dans les syndromes schizophréniques et paranoïdes l'hypoamphotonie prime. Dans la manie et la mélancolie, il semble plutôt exister de l'hypotonie. Dans l'ensemble il paraît exister un certain parallélisme entre les états affectifs se doublant d'hyperémotivité, et un état sympathicotonique ou tout au moins amphotonique, qui porte à penser que les tendances émotionnelles se doublent d'hypertonie neuro-végétative. Ces constatations permettent sans doute de faire jouer au système nerveux végétatif, un certain rôle dans la genèse des troubles émotifs.

H. Schaeffer.

ORVOSI HETILAP

(Budapest)

O. Kerpel-Fronius. ***Sur la pathogénie de l'azotémie hypochlorémique*** (*Orvosi Hetilap.*, t. **80**, n° 19, 9 Mai 1936, p. 431-435). — Dans le syndrome de l'azotémie par manque de sel la corrélation entre l'azotémie et l'hypochlorémie est très mal connue et fait encore l'objet de controverses. Entre les diverses théories de ce problème la première est celle de Blum, dont le principe est que la perte du sel fait baisser la concentration osmotique des humeurs de l'organisme et pour y maintenir l'équilibre osmotique, l'organisme retient l'urée.

La deuxième est la doctrine de Rathery, Ambard, etc. Selon cette considération, les reins peuvent éliminer les déchets azotés seulement s'il se trouve dans le sang une certaine concentration de chlorure.

D'autres auteurs, comme par exemple Glass, supposent à l'appui de leurs recherches faites chez les animaux qu'une certaine perte de chlorure amène une décomposition considérable des protides de l'organisme et par conséquent la cause de l'azotémie par manque de sel n'est pas le problème du métabolisme des chlorures mais plutôt celui du métabolisme de l'eau.

Dans ces recherches, l'auteur analyse des différents facteurs de ce phénomène et conclut que l'azotémie « chloroprive » n'est pas en relation avec le trouble du métabolisme du chlore. La coïncidence de l'azotémie et de l'hypochlorémie est liée seulement par la perte de sodium, dont le résultat est le trouble du métabolisme de l'eau, plus exactement la diminution de la quantité du plasma circulant. En conséquence, il existe deux sortes de trouble du métabolisme de l'eau qui influencent le métabolisme et l'élimination de l'azote. Le premier est la soif; dans cet état la disproportion est telle entre la quantité des substances azotées de la décomposition des protides et de l'eau ainsi délivrée que les reins sont incapables d'éliminer l'azote, même par une concentration maximale.

L'autre est l'exsiccation du sang qui est en relation avec la perte du sodium et provoque l'hyposthénurie et ainsi l'azotémie se manifeste même si la quantité d'urine éliminée ne change pas.

Ainsi K.-F. n'accepte pas l'importance pathogénique de l'hypochlorémie et il doute aussi dans certains cas de la valeur pathologique de la baisse des chlorures sanguins.

Dans ce syndrome, pour expliquer l'effet favorable de l'administration des solutions chlorurées, K.-F. suppose qu'on peut supprimer seulement par cette voie le trouble de la circulation du sang, dû à l'exsiccation.

A. Blazso.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

Rudolf Campell. ***Surévaluation et sous-évaluation de l'altitude comme facteur thérapeutique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 17, 25 Avril 1936, p. 396-398). — A côté des médecins qui vantent exagérément les effets de l'altitude, il en est d'autres qui les dénigrent trop. Aussi C. demande-t-il qu'on observe avec plus de soin les effets obtenus par des séjours à la montagne, notamment en recherchant à la suite de quelles circonstances les malades se sont décidés à faire une cure de ce genre, parfois malgré l'interdiction du médecin.

L'altitude doit être considérée comme une médication altérante (Umstimmung) qui ne peut être utile que quand l'organisme dispose encore de certaines réserves. Cette thérapeutique a pour effet d'intensifier les processus vitaux et d'endurcir ou d'entraîner le corps. Ainsi, les contre-indications absolues sont les décompensations cardiaques et les états d'épuisement sévères d'origine organique. Cette stimulation des processus vitaux a pour conséquence que l'altitude rend souvent manifeste des symptômes morbides plus ou moins latents.

Parmi les indications relatives, on doit faire figurer les troubles circulatoires organiques. Mais il faut savoir aussi que l'altitude empêche parfois les sujets bien portants comme les malades de ressentir leur fatigue, ce qui amène à conseiller un ménagement au début. La tolérance pour la nicotine diminue à l'altitude. Dans les troubles circulatoires fonctionnels, l'altitude est particulièrement indiquée à condition de se ménager au début.

En terminant, C. énumère un certain nombre d'autres états dans lesquels l'altitude est indiquée, notamment les diverses formes de tuberculose et d'infection chronique, l'asthme, les néphroses, les convalescences, les anémies, les leucémies, l'hypertension, l'hypotension, le surmenage mental, l'obésité, etc.

P.-E. Morhardt.

A. Jezler et **A. Vischer.** ***Modifications morphologiques du sang après travail physique à l'altitude*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 17, 25 Avril 1936, p. 398-400). — Il a été procédé à des recherches sur la morphologie du sang au cours d'un séjour dans la haute altitude. En ce qui concerne l'hémogramme rouge, on a constaté l'augmentation des érythrocytes (10 pour 100 en moyenne au bout de 8 jours). La substance réticulo-filamenteuse augmente très nettement soit du fait du simple séjour, soit du fait du travail. En étudiant les courbes suivant l'âge, on constate que les sujets âgés (38 ans) réagissent davantage que les sujets jeunes (22 ans). Il s'agit d'ailleurs simplement dans ces phénomènes, d'une évacuation des dépôts dans la circulation. En étudiant la forme sous laquelle la substance apparaît, on constate que les formes immatures, en réseau ou en peloton augmentent aux dépens des formes granuleuses. Des proportions de 46 et de 49 pour 100 ont été observées.

En ce qui concerne les leucocytes, on constate également les variations les plus importantes chez les sujets les plus âgés. Un déplacement vers la gauche n'apparaît qu'après des efforts physiques renouvelés. Les lymphocytes sont peu modifiés. Il apparaît des myélocytes et le nombre des monocytes augmente lentement pendant le séjour. Les éosinophiles diminuent sous l'influence de l'effort physique. En somme, après un effort à l'altitude, on constate les signes d'une perturbation intense des régions où se fait l'érythropoïèse.

P.-E. Morhardt.

H. Bähler. ***Influence du climat d'altitude sur la coagulation du sang et sur le nombre des plaquettes sanguines*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 19, 9 Mai 1936, p. 460-461). — B. a étudié à diverses altitudes (Langnau, 673 mètres ; Wengen, 1277 mètres et Jungfraujoch, 3476 mètres) la coagulation du sang et le nombre des plaquettes sanguines ainsi que le nombre des érythrocytes, des leucocytes, le taux de l'hémoglobine, la vitesse de sédimentation et les phénomènes météoriques.

Il a été ainsi constaté sur deux sujets bien portants qu'à Jungfraujoch les plaquettes ont passé de 180.000 à 279.000 chez l'homme et chez la femme de 120.000 à 178.000. A Wengen, les modifications n'ont pas été typiques. Le temps de coagulation a été prolongé à Jungfraujoch de 54 à 67 minutes (hommes) et de 29 à 68 minutes (femmes). La rétractilité a montré dans la même localité une tendance à l'abaissement : 6 à 5 chez l'homme et 8 à 3,5 mm. chez la femme. La valence de coagulation et la thrombométrie n'ont pas présenté de modifications significatives. Il semble d'ailleurs qu'à Jungfraujoch, les femmes présentent des règles plus abondantes que dans la plaine.

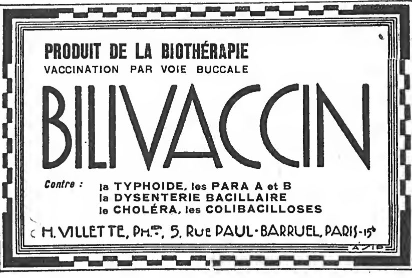
P.-E. Morhardt.

A. Franceschetti et **P. Kiewe.** ***Une nouvelle indication de kératoplastie partielle (lamellaire) : dégénérescence familiale héréditaire de la cornée*** (*Schweizerische medizinische Wochenchrift*, t. **66**, n° 22, 30 Mai 1936, p. 528-531). — Cette affection est caractérisée par l'apparition de taches, de nodules ou de stries dans le tiers antérieur de l'épaisseur de la cornée dont la surface finit par être atteinte et par perdre son éclat. Cette affection est nettement héréditaire.

F. et K. en ont observé un cas concernant un homme de 38 ans dans la famille duquel on trouve, sur trois générations, 6 sujets atteints de cette affection dont la transmission héréditaire est purement dominante. Il a été procédé chez ce sujet en deux fois à une transplantation d'un fragment de cornée prélevée chez des sujets qui venaient de décéder. Le greffon avant d'être mis en place doit naturellement être aminci puisque seule la lame malade de la cornée doit être enlevée. Les deux opérations ont eu des résultats satisfaisants. Les fragments de cornée enlevés ont montré l'existence, sous la couche épithéliale, d'une substance acidophile. On ne sait d'ailleurs pas quelle est la cause de cette sorte de précipitation. Comme traitement, on a souvent proposé l'application de pommade (mercure-dionine) et des hormones.

Jusqu'ici, on n'avait pas essayé de la transplantation vraisemblablement parce que cette notion de dégénérescence familiale conduit à admettre qu'il s'agit d'une maladie ininfluençable. Mais en réalité, on peut agir sur elle par la transplantation au moins au point de vue clinique. A propos du greffon, il y a lieu de noter qu'il semble prendre mieux et rester clair quand le donneur est d'un autre sexe. Il n'a pas été observé de prise du greffon chez les sujets de plus de 30 ans. Mais l'âge du donneur n'a pas d'influence. En tout cas, cette méthode permet de rendre capable de travailler des sujets qui jusqu'alors étaient pratiquement aveugles.

P.-E. Morhardt.


PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
VACCINATION PAR VOIE BUCCALE
BILIVACCIN
Contre : la TYPHOIDE, les PARA A et B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
le CHOLÉRA, les COLIBACILLOSES
H. VILLETTE, PH.ᶜⁿ, 5, RUE PAUL-BARRUEL, PARIS-15ᵉ

REVUE DES JOURNAUX

LA MEDECINE DU TRAVAIL (Paris)

Conrozier et Magnin. ***La silicose. Radiographies. Commentaires*** (*La Médecine du Travail*, An. 8, n° 1, Janvier 1936, p. 6-74). — C. et M. présentent, avec quelques commentaires, une cinquantaine de radiographies qu'ils ont recueillies ces dernières années parmi les ouvriers mineurs venus les consulter à leur dispensaire. La plupart des radiographies représentent des images micro-nodulaires ou pseudo-tumorales. C. et M. classent leurs radiographies en trois groupes:

Silicose à images nodulaires.

Silicose à images tumorales.

Silicose à images mixtes.

Se basant sur ce lot de radiographies, C. et M. affirment que la silicose est « une maladie autonome aussi nettement marquée en ses traits que toute autres affection des voies respiratoires ». L'examen bactériologique des crachats a donné un résultat négatif dans 40 cas sur 49 (5 fois l'examen n'a pas été fait, 4 fois il a été positif); on peut regretter toutefois que l'inoculation au cobaye n'ait pas été pratiquée dans tous les cas, mais seulement « dans plus de la moitié des cas ».

C. et M. considèrent comme invraisemblable l'hypothèse d'une granulie froide et même d'une tuberculose simple chez leurs malades; pour eux, le diagnostic de silicose ne peut être discuté. Ils ne croient même pas que la tuberculose « existe soit à l'origine des lésions de la silicose, comme terrain, soit comme facteur d'aggravation »; et ils concluent en demandant qu'une lutte énergique soit menée contre les poussières et qu'une surveillance médicale attentive soit organisée pour protéger les ouvriers; il faut:

Prohiber l'entrée dans les chantiers de forage après le tir, tant que les poussières ne sont pas abattues;

Absorber au maximum les poussières à l'orifice de perforation par une application adéquate de l'humidité ou de tout autre procédé;

Radiographier tous les mineurs à l'embauchage du travail au rocher et instituer une visite périodique avec radiographie annuelle de tous les mineurs.

André Feil.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

B. Paul. ***Allergie et échanges hydriques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 15, n° 3, 18 Janvier 1936, p. 76-79). — Un certain nombre d'observations cliniques comme la sensation de soif qui survient au cours du choc ou la polyurie qui s'observe à la fin d'un accès d'asthme ou de migraine, montrent qu'il existe des relations étroites entre les échanges hydriques et les phénomènes anaphylactiques. De plus, on utilise souvent avec succès dans la thérapeutique de cet état des médicaments diurétiques comme la théophylline ou les sels mercuriels. P. rappelle à ce sujet les recherches auxquelles il a procédé et qui ont montré que chez le lapin, la papule d'œdème provoquée, selon la méthode de Mac Clure et Aldrich, montre que la résorption de cette papule qui se fait normalement en 40 à 50 minutes est très accélérée par le choc qui en réduit la durée à 30 minutes, le retour à la normale ne se faisant qu'en 24 heures. Il en est d'ailleurs de même chez l'homme au cours des accès d'asthme, de migraine, d'urticaire, etc... Cette tendance à l'œdème est la même dans le choc histaminique expérimental et dans les affections allergiques de l'homme. Si on considère l'organisme dans son ensemble, on constate qu'un choc histaminique diminue la diurèse. Pendant le choc ou pendant l'éruption urticarienne il y a rétention de l'eau ingérée: l'eau mobilisable de l'organisme passerait alors dans les tissus où elle serait fixée. Les chiffres fournis par l'hématocrite permettent d'admettre que le besoin d'eau des tissus existe également en ce qui concerne les érythrocytes. De fait, on constate au cours du choc une augmentation du volume et un enrichissement en chlore des globules rouges. Ceux-ci ont donc manifesté sous cette influence une tendance à l'imbibition. Inversement, pendant l'accès, une certaine proportion du plasma disparaît de la circulation, pour passer dans la peau ainsi que dans la paroi du tractus gastro-intestinal et surtout dans le foie qui augmente considérablement de volume.

Ces migrations d'eau sont en relation avec la tendance à l'imbibition des tissus provoquée par le choc et la modification de la perméabilité des capillaires qui augmente dans les mêmes conditions. De nombreuses expériences ont montré qu'à cet égard le foie exerce une action hormonale. L'eau injectée dans les veines périphériques reste dans l'organisme plus longtemps que celle qui arrive tout d'abord dans le foie.

P.-E. Morhardt.

Hans Curschmann. ***Leucémie familiale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 15, n° 6, 8 Février 1936, p. 185-187). — C. rappelle que déjà un certain nombre d'auteurs ont attiré l'attention sur les observations familiales de leucémie. Svend Petri en particulier, a récemment consacré à cette question un important travail critique où il étudie les 11 observations — sur 33 qui ont été publiées — où la maladie paraît indiscutablement familiale. Svend Petri lui-même, a donné l'observation de deux frères qui ont fait, l'un à 53 ans, l'autre à 51 ans, une lymphadénose leucémique chronique typique, sans cependant avoir vécu ensemble. Dans les cas ainsi réunis, il s'agit presque toujours, de la forme purement lymphatique et c'est la lymphadénose leucémique chronique qui est de beaucoup la plus fréquente.

Dans un cas de C., il s'agit d'un homme de 59 ans, travailleur intellectuel, qui présente depuis quelques semaines un gonflement du cou (lymphadénose leucémique chronique, à évolution bénigne) et dont le père était mort, à 50 ans, d'une tumeur du cou avec leucémie lymphatique chronique.

A ce propos, C. étudie les 108 cas de leucémie observés dans sa clinique au cours des 10 dernières années. Parmi ces cas, il n'en trouve aucun autre dans lequel l'hérédité paraisse être intervenue d'une façon aussi certaine. Dans un cas cependant, il s'agit d'une fillette de 7 ans dont le père est mort de myélose leucémique chronique et qui présente une grosse rate avec anémie secondaire, mais pas d'altération appréciable de la formule sanguine.

Il y a lieu de remarquer qu'il n'a pas été procédé, au sujet de ces leucémiques, à des recherches étendues sur la formule sanguine de la parenté. Quelques exemples de Svend Petri font cependant penser que dans la famille des leucémiques on trouve assez souvent des maladies du sang familial hétérologue.

Au point de vue étiologique, Svend Petri arrive à se demander si cette disposition familiale n'est pas due à une « infection ». Dans les 11 cas qu'il a réunis, les malades avaient des relations étroites. Mais selon C. cette théorie n'est pas vraisemblable. Dans l'observation de cet auteur le fils est devenu malade 46 années après la mort du père. De même le mode de vie, le climat, le sol, n'auraient pas d'influence. En somme, C. arrive à admettre l'existence d'un facteur endogène, c'est-à-dire d'une modification de la constitution de l'appareil hémopoïétique se manifestant de façon soit homologue, soit hétérologue, c'est-à-dire d'une leucémie familiale vraie. Mais, comme il remarque lui-même, il ne s'agit là encore que d'une opinion.

P.-E. Morhardt.

H. Wendt. ***Echanges de carotène-vitamine A du fœtus humain*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 15, n° 7, 15 Février 1936, p. 222-225). — Le taux du carotène et de la vitamine A a été déterminé dans le sérum de 40 gestantes à diverses périodes de la grossesse. Chez 15 pour 100 d'entre elles on a constaté près du terme, que le carotène et la vitamine A avaient fortement diminué, parfois même disparu. Aux autres périodes de la gestation, les chiffres étaient normaux.

Le placenta humain contient une petite quantité de carotène mais pas de vitamine A. Ce n'est donc pas dans cet organe que le fœtus peut trouver des dépôts qui satisfassent à ses besoins, comme c'est le cas pour la vitamine C et la vitamine D.

Le sang du cordon contient une petite quantité de carotène et une très petite quantité de vitamine A. Il semble donc que le placenta agit en ne laissant passer qu'une petite partie de ces deux principes qui circulent dans le sang maternel. Par contre, dans le foie de fœtus humain, on trouve de la vitamine A en quanité importante, mais cependant moindre que dans le foie d'adulte. Vers la fin de la gravidité, ces réserves du fœtus diminuent, de sorte qu'on n'en retrouve quelquefois pas chez le nouveau-né. A l'inverse de ce qui s'observe chez l'adulte, le foie du fœtus ne contient pas de carotène.

P.-E. Morhardt.

L. Cotti et **P. Larizza.** ***Influence de l'acide ascorbique sur la coagulation du sang*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 15, n° 7, 15 Février 1936, p. 227-231). — C. et L. rappellent tout d'abord que Cotti a antérieurement consacré une étude aux effets de l'acide ascorbique sur la courbe de la coagulation du sang et montré que ce principe agit notamment sur l'hémophilie par un mécanisme qui est sans relation avec le temps de coagulation. Effectivement, tandis que, dans un cas, l'amélioration avait pu être obtenue concurremment avec un raccourcissement marqué du temps de coagulation, dans un autre cas, le raccourcissement de ce temps, pourtant net, n'avait eu aucun effet sur la diathèse hémorragique. En somme, l'acide ascorbique n'agirait en diminuant le temps de coagulation que lorsque celui-ci est augmenté.

Il y a donc lieu de préciser le mécanisme par lequel l'acide ascorbique agit sur la coagulation du sang. Pour répondre à cette question, C. et L. ont procédé à des recherches chez 6 sujets sains et ils ont constaté qu'une injection d'acide ascorbique a provoqué 3 fois un raccourcissement net et 3 fois une prolongation, dont 2 fois, très significative. Chez ces sujets, les protéines du sérum et plus spécialement le fibrinogène et le calcium du sérum n'ont pas présenté, sous l'influence de l'acide ascorbique, de modifications régulières. Par contre, le magnésium a manifesté une tendance à l'aug-

mentation. Les ferments de coagulation (thrombine, prothrombine et thrombokinase) n'ont pas été non plus modifiés par la vitamine C, sauf dans les cas où il y avait prolongation du temps de coagulation et où ces ferments ont nettement diminué. Chez les sujets atteints de diathèse hémorragique, on a, par contre, constaté une réduction constante et nette de temps de coagulation.

Chez 2 hémophiles en particulier, le temps de coagulation a été ainsi ramené à la moitié du chiffre initial. Il en a été à peu près de même dans un cas d'hémophilo-hémogénie, dans un cas d'épistaxis récidivant et dans un cas de péliose rhumatismale. Le raccourcissement du temps de coagulation ainsi provoqué a été presque toujours passager. La modification du taux des protéines n'a été observée que dans un cas d'hémophilie. Ni le calcium ni le magnésium du sang n'ont présenté de modifications très caractéristiques. Il en a été de même pour les ferments de coagulation. Cependant, on les a trouvés augmentés quand le temps de coagulation avait été fortement réduit par le traitement. Il y a donc lieu de se demander si les effets de la vitamine C ne sont pas associés à une antithrombine. Aussi cette substance a-t-elle été déterminée d'après la méthode de Hess et on a constaté dans les 3 cas où cette recherche a été faite que l'antithrombine avait diminué. Il y a d'ailleurs lieu de se demander encore si la vitamine C n'a pas une action catalytique sur les ferments de coagulation, hypothèse qui est rendue jusqu'à un certain point vraisemblable par le rôle du gluthation comme catalyseur des ferments de coagulation.

P.-E. Morhardt.

E. Kindler. ***Créatinurie dans la décompensation cardiaque*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, nº 8, 22 Février 1936, p. 267-271). — En cas de décompensation, la resynthèse de l'acide lactique se fait mal parce que l'arrivée d'oxygène dans les muscles est insuffisante et parce que toute anoxémie gêne d'une façon appréciable la resynthèse oxydative. Ces phénomènes ont pour conséquence une diminution du glycogène musculaire, diminution qui peut être mise en évidence par la recherche de la créatine. D'après Brentano, la créatinurie est effectivement un signe spécifique de la désintégration du glycogène dans les muscles.

C'est ce qui a amené K. à rechercher si la diminution du glycogène musculaire chez les cardiaques ne serait pas rendue évidente par l'existence de créatinurie, comme celle-ci s'observe en cas de désintégration de glycogène par les poisons qui inhibent la respiration.

Chez 8 cardiaques décompensés et avec œdème, ne présentant par ailleurs aucun phénomène inflammatoire (sédimentation normale des globules rouges), on a dosé la créatine d'urine de 24 heures par la méthode de Folin. Les taux relevés les jours de l'entrée ont varié de 65 à 400 milligr. (exprimés en créatinine). Au fur et à mesure que la compensation se rétablissait, que le poids diminuait et que le volume des urines augmentait, l'excrétion de créatine a diminué pour disparaître complètement. Mais il va sans dire que la créatinurie n'est pas spéciale aux cardiaques, mais commune à tous les états d'anoxémie.

P.-E. Morhardt.

B. Paul et **P. v. Végh.** ***Parenchyme hépatique et échanges hydriques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, nº 9, 29 Février 1936, p. 306-308). — P. et V. rappellent tout d'abord que pour Jolliffe l'ictère hépatocellulaire évolue en trois phases: une phase inflammatoire de 11 jours de durée en moyenne avec accentuation de l'ictère, une phase critique de 4 jours avec apparition de l'urobiline dans l'urine et une phase de guérison de 9 jours, avec diminution de l'urobiline du sérum. P. et V. ont cherché à voir si, au cours de cette maladie, la courbe de la diurèse coïncide en quelque mesure avec l'évolution ainsi caractérisée. Ils ont constaté que vers le 15e jour, c'est-à-dire au début de la phase de guérison, il survient une modification caractérisée par l'apparition de la diurèse, phénomène qu'on doit considérer comme un signe d'amélioration d'une fonction partielle du foie.

Les recherches de P. et V. ont consisté ensuite à mesurer le temps de résorption d'une papule d'œdème provoquée selon la méthode de Mac Clure et Aldrich. Le temps de résorption normale de cette papule étant de 40 à 60 minutes, il a été constaté dans la plupart des cas d'ictères hépatocellulaires, une réduction de ce temps témoignant d'une augmentation de l'avidité des tissus pour l'eau et que ce temps redevient normal en même temps que l'amélioration clinique se manifeste. Dans l'ictère hépatocellulaire, le foie est certainement œdématié, car il est le siège d'une inflammation séreuse. D'autre part, il a été constaté que les sujets chez lesquels la diurèse n'était pas modifiée ou était diminuée, avaient une évolution plus sévère que ceux chez lesquels la diurèse pouvait être augmentée par excitation cutanée de la zone hépatique de Head. Sur 11 cas de cette maladie, il a été constaté, en outre, 9 fois, que la teneur en eau du sang était notablement plus élevée que normalement. Là encore, on constate qu'un retour à la normale de la teneur en eau du sang est parallèle à l'amélioration clinique. De plus, ce retour marque le moment où l'excitation de la zone de Head permet d'augmenter la diurèse comme chez les sujets normaux.

En somme, les échanges hydriques sont très manifestement troublés dans l'ictère hépatocellulaire et ce trouble évolue parallèlement à la lésion du parenchyme. Dans la première phase de la maladie il y a oligurie avec rétention des liquides ingérés. Au début de la phase de guérison, il apparaît de la polyurie. La papule d'œdème de même que l'excitation de la zone hépatique de Head, permettent de confirmer ces constatations.

Il semble donc que dans la première phase de cette maladie, les cellules parenchymateuses aient besoin de réaliser une rétention d'eau. A ce moment, la thérapeutique hydratante (glucose + insuline = fixation de glycogène + hydratation) est indiquée. Au contraire, à la phase d'amélioration, c'est la déshydratation qui est justifiée, moment qu'on peut déterminer en injectant quelques centimètres cubes d'acide déshydrocholique et en constatant que ce médicament commence à manifester des effets diurétiques.

P.-E. Morhardt.

Axel Rischel. ***Nouvelles observations avec le régime thérapeutique de Meulengracht dans l'hématémèse et le mélæna*** (*Klinische Wochenschrift* t. **15**, nº 10, 7 Mars 1936, p. 335-339). — Dans ce travail, il est donné une suite des observations faites dans le service de Meulengracht à Copenhague relativement aux effets d'un régime très libre dans le traitement des hématémèses (voir *La Presse Médicale* du 23 Juin 1934). Actuellement, le nombre des cas ainsi traités à partir du 1er Juillet 1931 s'élève à 256. Dans 19 cas, il s'est agi de cancer. Dans 15 cas, il y avait vraisemblablement varice œsophagienne dont 9 par sclérose du foie, 4 par affection cardiaque et 1 par maladie de Banti. Dans les 220 autres cas, il s'agissait d'érosions ou d'ulcérations du tractus gastro-intestinal. La mortalité s'est élevée à 1 pour 100 alors que dans un service hospitalier de Copenhague (Kristiansen), le régime d'inanition a donné dans des cas analogues une mortalité de 8 pour 100. Dans 206 cas d'hémorragie, on a procédé à une radiographie de l'estomac et il a été ainsi constaté qu'il y avait ulcère certain 19 fois de l'estomac, 28 fois du duodénum, 47 fois des deux, soit au total 28 pour 100. Le repas d'Ewald a été administré à 162 malades et a indiqué de l'hypersécrétion dans 84 pour 100 des cas. Au total, 54 de ces malades n'avaient jamais présenté de dyspepsie.

Au point de vue du traitement, on a eu recours à la transfusion dans 12 cas. Chez 6 d'entre eux, la transfusion a d'ailleurs été faite sans rapports étroits avec l'hématémèse et dans tous ces cas sauf deux cette thérapeutique a fait cesser les hémorragies. La durée pendant laquelle la réaction à la benzidine a été positive dans les selles a varié de 0 à 9 jours chez 9,5 pour 100 des malades et de 0 à 14 jours chez 43 pour 100. Chez des malades qui n'avaient présenté que du mélæna, ces chiffres ont été respectivement de 29 et de 55 pour 100. La constipation qui est fréquente en cas d'hémorragie peut intervenir pour faire varier ces chiffres. D'ailleurs, le fait que la réaction à la benzidine soit positive ne permet pas de faire un pronostic très précis.

Le résultat final a été que 180 malades ont pu quitter l'hôpital sans présenter de dyspepsie et 18 malades avaient, au moment du départ, des symptômes plus ou moins marqués de dyspepsie. La durée du séjour au lit a été de 25 à 29 jours dans 50 pour 100 des cas.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Horneck. ***Forme asthmatique de la syphilis pulmonaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 62, nº 13, 27 Mars, 1936, p. 503-505). — La syphilis pulmonaire est le plus souvent intriquée avec une syphilis bronchique et apparaît sous des tableaux cliniques variables, prenant fréquemment le masque d'affections broncho-pulmonaires banales ou bacillaires.

Dans le cas observé par H., la syphilis pulmonaire pouvait être soupçonnée du fait de la richesse des symptômes respiratoires avec association de sténose bronchique, et atélectasie, de fibrose pulmonaire, de foyers congestifs et d'infiltration homogène juxta-hilaire.

L'évolution de la maladie présenta de curieuses particularités: durant 5 ans elle réalisa le tableau d'une bronchite chronique banale et apparemment bénigne, permettant une activité normale et compatible avec un bon état général; puis brusquement une phase aiguë apparut avec crises de suffocations asthmatiformes répétées aboutissant en 11 jours à la terminaison mortelle. Ces accès pseudo-asthmatiques étaient vraisemblablement conditionnés par la sténose accentuée des bronches.

G. Dreyfus-Sée.

J. Kühnau. ***L'influence du printemps sur les avitaminoses (Vitamines et saisons)*** [*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 62, nº 16, 17 Avril 1936, p. 621-625]. — On connaît depuis Hippocrate l'influence des saisons sur l'évolution de la morbidité, mais l'étude systématique des modifications saisonnières et de leur mécanisme a pris une activité nouvelle depuis quelques années.

En dehors des réactions saisonnières indirectes (maladies infectieuses dues aux agglomérations de porteurs de germes en espace clos plus fréquentes en hiver, troubles digestifs dus à l'ingestion de fruits ou de glaces en été, etc.), les maladies non infectieuses peuvent subir l'influence directe des saisons.

La plupart de ces affections sont dues à des carences plus ou moins accentuées en vitamines. Elles présentent un maximum hiberno-vernal, l'époque de ce maximum biologique étant par conséquent dissociée du printemps réel saisonnier.

L'apparition de ces manifestations d'avitaminose au printemps peut être rattachée à une carence relative en vitamines due à l'augmentation des

besoins, précédant ou ne s'accompagnant pas d'augmentation des apports.

Au printemps correspond en effet une activation des échanges et de la croissance nécessitant une quantité accrue de vitamine B. On sait qu'à ce moment, chez l'enfant, se produit une accélération de la croissance staturale qui se ralentit en été; le métabolisme basal est aussi augmenté au printemps.

Cet éveil du sommeil hivernal est vraisemblablement dû à une activation thyroïdienne constituant une crise hormonale printanière que la teneur augmentée du sang en iode vient démontrer. Or cette intensification de la sécrétion thyroïdienne nécessite un apport supplémentaire de vitamines A et B favorisant encore la carence relative de ces substances.

A ces modifications endocriniennes correspondent des variations d'excitabilité du système nerveux vago-sympathique. Ainsi on a démontré que les parathyroïdes dont l'hormone est en relation avec la vitamine D, et qui agissent sur le vague, sont plus petites en hiver qu'au printemps.

On connaît l'influence de la vitamine D (agissant sur la thyroïde et les surrénales) sur le tonus du système végétatif. Or les troubles vago-sympathiques sont observés dans l'acrodynie (neurose végétative de Feer) à maximum hiberno-vernal, et d'autre part les carences D et B jouent un rôle capital dans le déterminisme de la spasmophilie. Enfin on peut invoquer dans le déterminisme des affections printanières une diminution de résistance vis-à-vis des infections par carence relative en vitamines A et C.

Dans une deuxième partie de cette étude, K. envisage la prédominance saisonnière spéciale à chaque avitaminose, et montre qu'elles se produisent pratiquement toutes durant le printemps biologique (hiberno-vernal), chaque affection ayant son maximum à une période variable de cette saison: carence relative en vitamine A: (xérophtalmie et basedow), vitamine D (ostéomalacie, tétanie) vitamine B (acrodynie, chorée, ulcus duodénal, béribéri), vitamine B_2 (pellagre), vitamine C (scorbut), vitamine H (séborrhées, eczéma, psoriasis), la plupart de ces syndromes étant d'ailleurs dus à une carence relative complexe à laquelle participent plusieurs vitamines.

G. Dreyfus-Sée.

R. Seyderhelm. ***Contribution à l'étude des avitaminoses relatives (hypovitaminoses)*** [*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 16, 17 Avril 1936, p. 625-627]. — On a décrit avec raison certaines avitaminoses telles que scorbut, rachitisme, béribéri, comme des maladies de la civilisation. Cependant les progrès de la connaissance scientifique ont enrayé leur développement et les formes graves de ces maladies sont devenues plus rares. Par contre des formes frustes dues à une carence relative persistent et correspondent habituellement à des carences complexes intéressant plusieurs vitamines ainsi que des substances nutritives indispensables: graisses, albumines, hydrates de carbone, sels, etc.

Le danger d'un déséquilibre de la ration est accru lors des changements de saison et essentiellement chez les sujets malades dont le besoin de vitamines est plus considérable que chez les individus sains. Une étude comparée des besoins en vitamines au cours des différentes saisons montre que leur nécessité peut être augmentée au moment où la ration alimentaire les fournit en quantité restreinte.

Ainsi la vitamine D est déficiente dans l'alimentation hivernale, et surtout la vitamine C est insuffisamment contenue dans les régimes habituels hiberno-vernaux.

Cette carence devient plus manifeste chez les sujets en période de croissance, ou dont les besoins sont plus grands du fait de certaines conditions (grossesse, allaitement). En outre elle est redoutable chez les malades dont le besoin de vitamines est accru (insuffisance de résorption des malades présentant des troubles digestifs, ou carence provoquées par des régimes spéciaux: antidiabétiques, anti-ulcéreux, etc.). Une étude des symptômes des principales hypovitaminoses survenant isolément ou au cours de maladies diverses, montre l'importance de ces syndromes de carence complexe. G. Dreyfus-Sée.

F. Noltenino. ***Le comportement des fonctions organiques durant le jeûne*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 16, 17 Avril 1936, p. 644-652). — Pour vérifier les troubles provoqués par le jeûne prolongé l'expérimentateur dispose de deux méthodes: soit l'expérimentation animale incomplète et difficile à interpréter, soit l'expérience sur un volontaire humain qui se trouve habituellement être le médecin lui-même.

N. a pratiqué personnellement à plusieurs reprises ces essais.

Dans une première série d'expériences de jeûne (ingestion seulement de 1/2 litre par jour de boissons sucrées: thé ou café), il avait observé un stade euphorique au cours duquel ses performances sportives étaient égales ou même supérieures à son rendement normal.

Au cours de ses expériences plus récentes, il est resté à la diète durant 8 jours, au cours desquels il a mené une vie active, travail et clientèle habituels, et en outre, ascension en avion à 6.000 m., course à pied, foot-ball, etc.

Les périodes euphoriques ont été de nouveau constatées, mais N. a noté à plusieurs reprises une accentuation de fatigue qu'il attribue à son âge plus avancé (41 ans) que lors de ses premiers essais (35 ans).

La sensation de faim est gênante seulement durant quelques heures les 2 ou 3 premiers jours, et paraît due à un réflexe partant de la muqueuse gastrique et non à l'expression d'un besoin véritable.

Le besoin de sommeil est notablement diminué. Le poids décroît jusqu'à un maximum de 5 kilogr. 8 mais remonte ensuite de telle sorte que l'amaigrissement terminal n'est que de 2 kilogr. 5; en réalité la première chute pondérale est due à la déshydratation et l'expérience montre que 2 jours de jeûne ne suffisent pas à déterminer une perte de poids véritable. La tension artérielle et la fréquence du pouls subissent un abaissement net et rapide dus en partie à la perte aqueuse des tissus et du sang; la diminution notable du temps de sédimentation vient confirmer l'hypothèse d'une concentration sanguine. La teneur en hémoglobine, la formule sanguine, la glycémie ne paraissent pas modifiées. La capacité respiratoire diminue, fait paradoxal, car la respiration est plus aisée, et l'évacuation digestive devrait faciliter le fonctionnement diaphragmatique. Cette modification dépend peut-être d'une augmentation du tonus musculaire général.

L'examen radiographique du tube digestif ne révèle rien de spécial. Enfin l'étude du système nerveux et psychique montre l'absence de toute action toxique du jeûne prolongé. La force musculaire n'est pas diminuée à la fin de la période de jeûne, mais on note cependant une plus grande fatigabilité, une moindre résistance à l'effort.

En pratique les conclusions de N., confirmées par H. Hartmann qui l'a surveillé durant son épreuve de 7 jours de jeûne, sont que, malgré l'augmentation de la fatigabilité, l'organisme supporte parfaitement le jeûne et conserve la possibilité de faire un effort momentané. Les signes observés durant le jeûne sont curieusement analogues aux symptômes qui accompagnent un entraînement ou un séjour prolongé à l'altitude.

G. Dreyfus-Sée.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin)

Rahm (Breslau). ***Quatre ans de traitement de maladie de Basedow*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **163**, n° 2, Mars 1936, p. 250-261). — De 1929 à 1934, 203 malades atteints de Basedow vrai ont été opérés à la clinique de Breslau. Sur ce nombre, on compte 167 femmes et 36 hommes. L'âge moyen de ces opérés était pour la plupart entre 20 et 50 ans; l'opéré le plus jeune n'avait que 14 ans, le plus âgé 65 ans. Si l'on divise ces cas en 3 groupes suivant la classification de Krecke, on compte dans le groupe I: 23 cas opérés sans mortalité; dans le groupe II: 35 cas opérés sans mortalité; dans le groupe III: 145 cas avec 6 morts (5 femmes et 1 homme), soit une mortalité globale de 3 pour 100.

Les 6 morts relèvent: dans 1 cas de l'anesthésie à l'éther, dans un 2e cas d'une insuffisance hépatique, dans un 3e cas d'accidents hyperthyroïdiens post-opératoires avec une simple ligature des artères thyroïdiennes supérieures; 1 opéré est mort d'accidents cardiaques post-opératoires (ligatures artérielles), 2 opérés sont morts de pneumonie. Dans tous ces cas, il s'agissait d'adultes ou de malades âgés, traités depuis longtemps médicalement, soit par la radiothérapie, soit par le traitement iodé.

Sur ces 203 cas, 177 malades ont été opérés en un temps, avec une mortalité de 1,7 pour 100; 26 seulement en plusieurs temps avec une mortalité de 12 pour 100, l'état des malades de ce 2e groupe était bien entendu plus grave.

Tous ces malades avaient une augmentation nette de métabolisme basal, pour la plupart entre + 60 et + 70. Une augmentation de + 100 n'a été observée que 10 fois.

Tous ces malades ont été soumis au traitement iodé pré-opératoire: en 1929, on a utilisé le lugol; depuis 1930, 30 malades ont été préparés avec le lugol, 104 avec le iodfortan, 3 avec l'endo-iodine et 11 avec la diothyrosine.

L'intervention de choix est la thyroïdectomie totale avec ligature des 4 artères thyroïdiennes, en respectant les parathyroïdes.

R. pratique toujours la thyroïdectomie par le procédé de l'hémisection première de l'isthme et en rabattant chaque lobe laisse un peu de tissu pour éviter la parathyroïde.

Les résultats de cette intervention large sont dans l'ensemble excellents.

J. Sénèque.

Gatersleben et **Zitzmann** (Aix-la-Chapelle). ***Traitement de l'ulcère perforé gastro-duodénal*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **163**, n° 3, Avril 1936, p. 337-343). — G. et Z. publient une statistique de 42 cas d'ulcères perforés gastro-duodénaux.

Sur ce nombre, on note 2 femmes et 40 hommes; la plupart de ces malades avaient entre 29 et 40 ans; les âges extrêmes étaient 18 et 79 ans.

L'intervention a eu généralement lieu 7 heures après le début des accidents; dans certains cas, on a pu intervenir une demi-heure après le début alors que parfois il a fallu attendre 40 heures. De 1927 à 1931, 19 malades ont été traités par la suture de la perforation suivie de gastro-entérostomie complémentaire: sur ces 19 cas, on note 6 morts, soit 31,6 pour 100; dans les dernières années, on s'est contenté de suturer la perforation avec épiplooplastie complémentaire et sur 19 malades ainsi opérés on note 4 morts, soit une mortalité de 21,1 pour 100. Au cours de la dernière année enfin, 4 malades ont été traités par la gastrectomie d'emblée (Billroth II) et ces 4 malades ont guéri. Il s'agissait dans ces 4 cas de malades vus précocement, l'intervention se présentant dans d'excellentes conditions.

En ce qui concerne les résultats éloignés, on a pu retrouver 11 malades traités par suture et gastro-entérostomie complémentaire: 4 étaient en parfait état, 1 était amélioré, 4 présentaient les mêmes troubles avant l'opération, 2 étaient aggravés, 2 ont dû être réopérés pour ulcère peptique et un de ces malades est mort après l'intervention.

Les 15 opérés survivants traités par la suture simple ont été revus: 10 sont guéris, 4 améliorés, 1 présente toujours les mêmes troubles, 2 ont été réopérés (1 pour sténose pylorique traitée par gastro-entérostomie, le deuxième a subi une résection), ces 2 malades ont guéri après la 2e intervention.

G. conclut que le plus mauvais traitement de l'ulcère perforé est la suture suivie de gastro-entérostomie complémentaire; il faut pratiquer la suture simple de la perforation ou la gastrectomie d'emblée si l'état du malade le permet.

J. Sénèque.

Hesse (Leningrad). ***Sur les causes et le traitement du shock hémolytique au cours des transfusions (étude clinique et expérimentale)*** [*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **163**, n° 3, Avril 1936, p. 390-406]. — Une enquête dans les différents pays du monde a permis de relever sur 1.700 réponses, 217 cas de shock hémolytique à la suite de transfusion. La plupart de ces complications ont été observées dans 3 pays: Allemagne (60 cas), U.R.S.S. (59 cas), Etats-Unis d'Amérique (38 cas).

H., sur 2.360 transfusions, a observé 6 cas de shock hémolytique. Il s'agit là d'une complication très grave au cours des transfusions puisqu'une évolution mortelle est relevée dans 56 pour 100 des cas.

46 cas ont été notés à la suite de transfusion par des donneurs universels avec 20 morts, soit 43,4 pour 100.

Les phénomènes d'hémolyse peuvent se produire si le sang a été trop longtemps conservé; le danger d'hémolyse s'accroît avec le temps. Sur 20 cas de shock hémolytique avec sang conservé on a pu noter 10 fois les altérations suivantes: altérations par élévation et température (2 cas), par dénaturation (4 cas), par incorporation et sang hémolysé (4 cas).

Les phénomènes sont annoncés par une aggravation subite de l'état général: agitation, nausées, vertiges, douleurs céphaliques et lombaires. A ces phénomènes, s'adjoint une chute de la pression artérielle. La mort est survenue du 2e au 4e jour (19 cas), du 5e au 8e jour (9 cas), du 9e au 12e jour (12 cas), du 14e au 19e jour (4 cas).

Le diagnostic ne présente généralement aucune difficulté. Les injections de sérum salé et adrénaliné ne donnent aucun résultat. Les injections de glucose provoquent une abondante diurèse. La décapsulation rénale traitée 6 fois par Bancroft a eu 5 fois une évolution mortelle.

Les troubles relèvent, d'après H., d'une part d'un spasme des artères rénales (d'où les douleurs lombaires), et d'autre part d'une intoxication par les produits de désintégration. Le meilleur traitement consiste en une nouvelle transfusion dès le début des accidents pour libérer le spasme rénal et diminuer l'intoxication.

J. Sénèque.

Lang (Berlin). ***Traitement de l'ostéomyélite chronique par les larves de mouches*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **163**, n° 3, Avril 1936, p. 406-414). — L. a eu l'occasion d'utiliser 7 fois les larves de mouches dans le traitement de l'ostéomyélite chronique. Il faut, bien entendu, pratiquer d'abord la trépanation avec ablation des séquestres et mise à plat du foyer d'ostéite. Ce foyer est ensuite tamponné par une gaze simple pendant 2 ou 3 jours et c'est donc seulement à ce moment que l'on déposera les larves stérilisées.

Sur les 7 cas de L., on note 5 guérisons et 2 échecs. Les 5 cas guéris concernent des malades âgés de 12, 13, 26, 38 et 40 ans. Dans 3 cas, il s'agissait d'ostéomyélites prolongées consécutives à des ostéomyélites de l'adolescence, dans les 2 derniers cas, il s'agissait d'ostéomyélites consécutives à des blessures de guerre. Tous ces malades ont guéri très rapidement: 4 semaines (3 cas), 2 mois, 3 semaines.

Les 2 échecs concernent un homme de 27 ans atteint d'ostéomyélite de la clavicule et de l'humérus à l'âge de 7 ans; ce malade atteint de dégénérescence amyloïde avec 14 gr. d'albumine, reste fistuleux.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un homme de 40 ans, déjà opéré 20 fois pour une ostéomyélite de guerre; malgré 105 applications de larves, on ne put obtenir la guérison.

J. Sénèque.

Makkas et **Marangos** (Athènes). ***Sur l'ulcère peptique jéjunal post-opératoire*** (*Bruns' Beiträge zur klinische Chirurgie*, t. **163**, n° 4, Juin 1936, p. 554-571). — De 1914 à 1934, 1224 cas d'ulcus gastrique ou duodénal ont été opérés à la clinique. Ces cas comprennent: 513 résections, et 711 gastro-entérostomies dont 132 antérieures et 579 postérieures. Dans ces dernières années, le chiffre des résections a été beaucoup plus important que celui des gastro-entérostomies, puisque de 1930 à 1934, on a pratiqué 145 gastro-entérostomies contre 280 résections.

Sur les 1.224 cas opérés, il y avait 46 ulcères peptiques du jéjunum; cet ulcère a été observé 2 fois sur 482 résections après un Polya-Reichel, et 1 cas après une résection pour exclusion, soit 3 cas sur 513 résections (0,58 pour 100).

Par contre, 711 gastro-entérostomies ont donné 43 ulcères peptiques, soit 6 pour 100; il semble que cette complication s'observe plus souvent après la gastro-entérostomie antérieure (13,6 pour 100), qu'après la gastro-entérostomie postérieure (4,6 pour 100).

Sur les 78 ulcères peptiques observés, il y avait 72 hommes et 6 femmes; l'âge moyen des malades était aux environs de 40 ans; le malade le plus jeune avait 19 ans, le plus âgé 60 ans.

Sur les 78 cas, 74 ont été opérés, 4 ont été traités médicalement et sur ceux-ci 3 sont morts, le 4e présente encore des douleurs et du melæna.

Sur les 74 cas opérés: 16 malades avaient subi une gastro-entérostomie antérieure avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire; 1 cas sans anastomose complémentaire; 56 cas étaient consécutifs à une gastro-entérostomie postérieure; 1 cas après une résection type Polya-Reichel.

67 malades ont été opérés radicalement: résection, type Roux: 2 cas; résection type Polya: 44 cas; résection type Polya + jéjuno-jéjunostomie: 14 cas; résection par exclusion : 2 cas.

7 malades n'ont subi qu'une intervention pallialisée (gastro-entérostomie + anastomose) : 5 cas; gastro-duodénostomie : 1 cas ; anastomose jéjuno-jéjunale : 1 cas.

L'ulcus était en activité dans 53 cas, cicatriciel dans 11 cas ; il n'y avait dans 4 cas ni ulcus, ni cicatrice.

Dans 16 cas l'ulcère siégeait sur l'anastomose; dans 14 cas sur l'anse afférente, dans 19 cas sur l'anse efférente, dans 15 cas sur le bord mésentérique.

Sur ces 74 cas, il y a eu 9 morts post-opératoires, 7 morts dans les années suivantes d'une affection (non stomacale), 5 morts de cause inconnue. Sur 53 malades revus on compte : 47 résections avec 40 malades guéris, 4 améliorés, 3 non guéris, et sur les 4 gastro-entérostomie on compte : 2 guérisons, 2 améliorations, 1 malade non guéri. Dans l'ensemble : 42 guérisons, 7 améliorations, 4 cas non guéris.

J. Sénèque.

ZEITSCHRIFT FUR HALS-, NASEN- UND OHRENHEILKUNDE (Berlin)

E. Neuber (Debreczen). ***Nouvelles recherches sur le diagnostic et le traitement du sclérome*** (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, t. 39, fasc. 3, 12 Mars 1936, p. 281-287). — En Hongrie les cas de sclérome ne sont pas très fréquents. Cependant N. a pu en réunir un certain nombre, ce qui lui a permis de se livrer à des recherches sérologiques et thérapeutiques concernant cette maladie.

Ayant commencé par montrer que le bacille décrit par Frisch dès 1882 donnait des réactions spécifiques avec le sérum des malades atteints de rhinosclérome, il a utilisé des cultures de ce microbe sur gélose glycérinée pour préparer un antigène. Celui-ci donne en 24 à 48 heures une intradermo-réaction caractéristique.

D'autre part cet antigène peut être utilisé à des fins thérapeutiques. Voici comment N. conseille de procéder :

Pendant 4 à 10 semaines, on commence par soumettre le patient à des injections intramusculaires de préparations auriques. Ce traitement préliminaire n'est pas toujours indispensable; mais il est souvent utile pour remonter l'état général du malade qui sans cela ne réagirait pas à l'antigène spécifique. N. compare ce premier temps à une préparation d'artillerie, après laquelle on peut passer à l'offensive décisive. Celle-ci consiste en des injections de vaccin dont on pratique de 10 à 15, à 4 ou 5 jours d'intervalle. On emploie de préférence un autovaccin ou, à défaut, un stock vaccin polyvalent. La dose initiale doit être tout juste suffisante pour donner chez le malade une réaction spécifique, alors qu'avec un témoin elle demeure indifférente. On augmente progressivement les doses de telle sorte que chaque fois on obtienne une réaction cutanée localisée, nécessaire et suffisante. Lorsqu'après une première série d'injections la guérison n'est pas parfaite, on recommence une nouvelle série au bout de un ou deux mois.

Dans tous les cas où N. a eu recours à ce mode de traitement, il en a obtenu d'excellents résultats. Les troubles fonctionnels se sont amendés très rapidement, et la guérison totale a été observée assez souvent : résultat appréciable pour une maladie aussi rebelle jusqu'alors à toute tentative thérapeutique.

Francis Munch.

B. Kecht et **H. Dibold** (Vienne). ***Les suppurations de l'oreille moyenne, des sinus de la face et du pharynx chez les diabétiques*** (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, t. 39, fasc. 3, 12 Mars 1936, p. 288-302). — Naguère encore l'existence du diabète assombrissait singulièrement le pronostic des inflammations et des suppurations. Il en va tout autrement depuis l'introduction de l'insuline dans la thérapeutique. En général, on peut actuellement poser en principe que le diabétique soumis à l'insulination se traite comme n'importe quel autre malade.

Afin de vérifier le bien-fondé de cette manière de voir dans le domaine oto-rhino-laryngologique, le service d'O. Mayer s'est abouché avec celui de Noorden qui est plus particulièrement réservé aux malades de la nutrition. Les résultats de cette collaboration ont été consignés dans le présent mémoire.

L'étude porte sur un total de 17 diabétiques dont 3 soignés pour otite, les 14 autres pour mastoïdite. Les malades entrés à l'hôpital avec une otite non compliquée ont tous les 3 guéri sans intervention. Des 14 cas de mastoïdite (pour 2 d'entre eux elle était bilatérale), un seul a présenté une forme

précoce. Dans les autres, l'ostéite ne s'est manifestée au plus tôt qu'au cours de la troisième ou de la quatrième semaine. Aussitôt que le traitement insulinique eut été institué, ces cas ont évolué sensiblement de la même manière que s'il s'était agi de non-diabétiques. On a pourtant noté que la cicatrisation de la cavité opératoire a été généralement lente et ne s'est effectuée qu'avec quelque retard.

Le pronostic, à première vue, paraît aggravé par le diabète, puisque sur 17 cas 4 se sont terminés par la mort, soit une léthalité de 23,5 pour 100. La statistique générale du service, qui porte sur 266 cas de mastoïdite aiguë, donne, en effet, une mortalité globale d'environ 11 pour 100. Mais si pour cette dernière statistique on n'envisage que les malades âgés de plus de 50 ans, ce taux bondit à 24 pour 100. C'est là précisément la proportion que l'on observe dans le cas de diabète. Or, les 17 cas, qui sont à la base du présent mémoire, sont précisément en majorité des malades ayant atteint ou franchi la cinquantaine. Il semble donc légitime de conclure que ce qui a aggravé ici le pronostic, ce n'est pas le diabète dont ils étaient atteints, mais que les éléments de gravité résultaient de leur âge, leur état de cachexie, leurs altérations vasculaires ou la tuberculose dont ils étaient affectés. Cela montre une fois de plus que dans la mastoïdite l'indication opératoire doit être posée d'une manière plus hâtive chez des sujets âgés que chez les sujets jeunes, tout à fait indépendamment de la question du diabète.

Si le diabète, quand il est traité, n'assombrit pas le pronostic de l'otite, simple ou compliquée, au contraire tout foyer suppuratif aggrave le diabète. Il y aura donc toujours intérêt à évacuer et à drainer ce foyer le plus rapidement possible, le diabète revenant alors tout aussitôt à son état habituel. Ce n'est pas le sucre qui constitue le facteur de gravité, mais essentiellement l'acidose qui se caractérise par la présence d'acétone.

Or, il est banal chez un diabétique que l'acétone apparaisse avec une suppuration, mais disparaisse aussitôt que le foyer purulent est évacué et drainé.

C'est pour la même raison que, dans les sinusites suppurées et les phlegmons amygdaliens, il y a intérêt à intervenir d'une façon précoce ou hâtive, chaque fois qu'il existera un diabète concomitant.

Francis Munch.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

E. Volhard (Dantzig). ***Rapports entre l'érythrémie et le facteur antipernicieux*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **57**, n° 17, 25 Avril 1936, p. 342-353). — Le facteur intrinsèque de Castle, agent indispensable pour une hématopoïèse normale, est sécrété par la muqueuse gastrique et s'accumule dans le foie; il fait défaut dans l'anémie pernicieuse.

On a récemment rapproché l'achylie conduisant à l'anémie et l'hyperacidité conduisant à la polyglobulie, et on a souligné la fréquence de l'ulcère gastrique au cours de l'érythrémie. Quelques auteurs ont même soutenu que l'érythrémie est due à un trouble de la sécrétion gastrique caractérisé par la surproduction du facteur intrinsèque. Le traitement logique de l'érythrémie devient ainsi la résection de l'estomac. De fait, dans un cas d'Hirtzenberger, elle a amélioré l'érythrémie. Les lavages répétés de l'estomac ont donné aussi des succès. Cependant on n'a pas pu encore mettre en évidence expérimentalement l'hypersécrétion du facteur de Castle dans l'érythrémie.

En réalité, l'érythrémie ne peut être causée uniquement par la production excessive du facteur antipernicieux, déjà surabondant chez le sujet normal. Par ailleurs, le fait que l'on ne trouve pas toujours une augmentation de l'acide chlorhydrique et de la pepsine dans l'érythrémie indique que les modifications gastriques ne sont ni la cause ni la conséquence de l'érythrémie. Il s'agit simplement de symptômes parallèles relevant d'une cause commune. Divers symptômes rencontrés dans l'érythrémie (acromégalie, dystrophie adiposo-génitale, insuffisance génitale, asphyxie locale des extrémités, etc.) semblent indiquer qu'il existe dans cette affection une participation du cerveau intermédiaire et de l'hypophyse. Comme, d'autre part, il existe des rapports entre ce territoire cérébral et l'ulcère gastrique, on peut expliquer ainsi leur coexistence. A ce niveau se trouverait un centre supérieur régulateur de la formation et de la destruction des globules rouges et de l'hémoglobine agissant vraisemblablement par l'intermédiaire de la sécrétion gastrique.

P.-L. Marie.

L. K. Hansen. ***La sprue indigène*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **57**, n° 21, 23 Mai 1936, p. 426-432). — La sprue non tropicale est une affection plus commune qu'on ne le pense, et H. n'en a pas observé moins de 4 cas en trois mois dans l'Allemagne du Nord; mais, en raison de sa grande chronicité, elle est souvent méconnue.

Elle débute d'une façon insidieuse par des troubles digestifs subjectifs très imprécis. Puis apparaissent subitement les selles graisseuses et massives qui marquent la seconde période. Il s'y associe un rapide amaigrissement et souvent déjà de l'anémie, dépourvue d'ailleurs de caractère hypo- ou hyperchrome déterminé. Cette période se prolonge souvent durant des années. Ensuite se manifestent une série de symptômes qui permettent le diagnostic: stomatite aphteuse avec langue rouge et atrophiée, anémie du type pernicieux mais d'ordinaire sans mégaloblastes, pigmentations cutanées gris brunâtre, symptômes de tétanie ou d'ostéomalacie, augmentation marquée du métabolisme basal, minime élévation caractéristique de la courbe glycémique après ingestion de glycose, enfin des signes d'avitaminoses multiples. A la période terminale, l'émaciation est extrême; il existe des lésions graves d'ostéomalacie (marche presque impossible, diminution de la taille) et une anémie profonde. La mort est d'ordinaire le fait d'une infection banale intercurrente.

Du point de vue diagnostic, la confusion peut se faire avec les diarrhées graisseuses pancréatogènes, mais le suc duodénal dans la sprue conserve une teneur normale en ferments pancréatiques externes: avec la tuberculose des ganglions mésentériques et l'amylose intestinale; avec l'anémie pernicieuse, où la peau offre une coloration jaunâtre et ne devient pas mince et pigmentée, où l'émaciation ne se voit pas, où l'achylie réfractaire à l'histamine est de règle tandis qu'elle ne se rencontre que dans 25 pour 100 des cas de sprue, où le taux de la bilirubinémie est élevé, où la rate est souvent augmentée de volume; avec la maladie d'Addison; avec la pellagre qui présente des symptômes nerveux et des recrudescences printanières et automnales.

L'étiologie demeure inconnue. Il semble exister originellement un trouble de la résorption intestinale des graisses, les désordres intestinaux déterminant ultérieurement des avitaminoses secondaires qui dominent au stade terminal.

La thérapeutique est encore très contradictoire. Il est judicieux d'instituer un régime pauvre en graisses et riche en calories, et d'administrer par voie parentérale des vitamines C et D, ainsi que le facteur antipernicieux.

La sprue indigène est identique à la sprue tropicale; d'autre part, elle se confond avec la maladie cœliaque de Herter.

P.-L. Marie.

W. v. Drigalski. ***A propos du diabète consécutif aux accidents*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **57**, n° 30, 25 Juillet 1936, p. 617-628). — En matière de diabète traumatique bien des divergences règnent encore chez les experts et chez les cliniciens, certains admettant son existence, d'autres, en minorité d'ailleurs, mais éminents, comme von Noorden et Umber, la niant.

D. rapporte 4 observations de diabète authentique survenu après un traumatisme dans lesquelles il a pu conclure à un rapport entre le traumatisme et le diabète. Il expose les règles qui doivent être observées lors de l'expertise de tels cas. Il faut d'abord établir l'existence de la maladie et le fait de l'accident et exclure d'autres causes de maladie. Il faut déterminer ensuite si la maladie est bien apparue seulement après l'accident. En troisième lieu, il faut préciser le rapport chronologique avec l'accident, donc si la maladie n'est pas apparue un peu trop tard pour que l'on puisse admettre encore un rapport. Enfin, il faudra rechercher s'il existe des arguments plaidant en faveur de la présence d'une prédisposition endogène au diabète et tâcher d'estimer si la maladie aurait pu se montrer sans l'accident.

P.-L. Marie.

BOLETIN DEL INSTITUTO de MEDICINA EXPERIMENTAL DEL CANCER (Buenos-Aires)

A. H. Roffo. ***Cancer et soleil : la transmission des tumeurs développées par action des rayons ultra-violets*** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental del cancer*, t. **12**, n° 39, Juillet 1935, p. 281-299). — Avec une fréquence plus remarquable encore que les rayons solaires, les radiations ultra-violettes de la lampe déterminent des sarcomes et des carcinomes.

Ces tumeurs se développent en 10 à 12 mois, et peuvent atteindre les dimensions de l'animal lui-même.

Elles se greffent par *transplantation*, sans perdre leur malignité, sur 12 porteurs successifs.

Au contraire, l'on n'a pu réussir l'inoculation par *émulsion* de tumeurs, ou par extraits de tumeurs chauffés à 60°.

Microphotographies des greffes obtenues.

G. d'Heucqueville.

A. H. Roffo et **A. E. Roffo.** ***La sensibilité cutanée et les radiations solaires dans le cancer de la peau : ses relations avec la cholestérine*** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental del cancer*, t. **12**, n° 39, Juillet 1935, p. 358-389). — Etude des modifications de la peau sous l'influence de l'exposition au soleil: on mesure la *durée d'exposition* nécessaire pour obtenir un *érythème*.

Les peaux blanches se montrent les plus sensibles. Le traitement hypocholestérinique exagère la sensibilité.

L'action des rayons solaires, spécialement des rayons actiniques de 2.000 à 3.200 angströms, détermine une *hyperkératose* et des *cancers cutanés*.

Il existe d'ordinaire une augmentation du taux de la *cholestérine* locale. L'irradiation de cette substance joue un rôle notable dans le déterminisme des cancers cutanés.

G. d'Heucqueville.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

A. J. Bengolea, C. Velasco Suarez et **A. E. Raiges.** ***Le dosage de la bilirubine directe et indirecte dans le sérum sanguin : son importance en chirurgie hépato-biliaire*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **23**, n° 2, 8 Janvier 1936, p. 85-102). — On sait que la bilirubine dérive de l'hémoglobine, par biligénie « *hépatique* » ou « *extra-hépatique* » selon les auteurs.

L'*insuffisance* des cellules hépatiques élève le

taux de la bilirubine *indirecte du sang*. La *lésion* des cellules détermine l'apparition dans le sang, par reflux, de la bilirubine *directe*.

La présence de bilirubine *directe*, sans augmentation de la bilirubine indirecte, premier trouble observé, correspond au stade d'*hépatite*, secondaire le plus souvent à la lithiase biliaire.

La présence de quantités élevées de bilirubine *directe* traduit une *lésion hépatique* déjà étendue. Enfin, l'élévation du taux de la bilirubine *indirecte* annonce l'insuffisance fonctionnelle secondaire du foie.

76 observations. Indications techniques.

G. d'Heucqueville.

C. de Tomasso. ***Le tonus du cœur*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 23, n° 2, 8 Janvier 1936, p. 104-119). — Le problème, fondamental en cardiologie, du tonus du cœur, comporte des facteurs multiples: système nerveux cardiaque, actions électrolytiques et hormonales.

Pende a montré que le tonus cardiaque permet l'adaptation du volume de l'organe au volume du sang circulant et modère la contractilité, l'excitabilité et la conductibilité du cœur.

La *fibrillation auriculaire* s'observe dans l'hypertonie vagale.

T. met en évidence le rôle des lipoïdes dans la nutrition cardiaque.

Une thérapeutique cardiaque pathogénique doit se régler sur l'étude du déséquilibre végétatif et du métabolisme des lipoïdes.

Elle doit comprendre l'*atropine* (modérateur parasympathique) et la *quinidine* (inhibiteur de l'excitabilité) au même rang que la digitale ou le strophantus.

T. considère que la quinidine ne déprime pas le tonus cardiaque mais le relève. Il contre-indique la digitale dans les hypertonies vagales et les fibrillations auriculaires.

Tableau synoptique très démonstratif.

G. d'Heucqueville.

C. P. Waldorp et **J. R. Membrives.** ***Amibiase et glandes surrénales*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 23, n° 4, 22 Janvier 1936, p. 247-250). — On a décrit, dans l'insuffisance surrénale clinique et expérimentale, des anémies avec polyglobulie, des leucocytoses, lymphocytoses, éosinophilies.

Dans l'amibiase, on observe des leucocytoses, lymphocytoses, monocytoses, ou des oligocytémies.

Souvent les glandes surrénales sont atteintes dans les amibiases aiguës. Mais surtout les hépatites amibiennes, les cirrhoses pigmentaires en particulier, s'accompagnent de syndromes addisoniens; il existe des synergies entre les troubles pigmentaires.

W. et M. rappellent 2 observations de l'un d'eux. La première concerne un sujet qui, au cours d'une dysenterie amibienne, présente une anémie pernicieuse et un syndrome addisonien: l'examen anatomique montre la dégénérescence et la sclérose des surrénales.

G. d'Heucqueville.

A. A. Raimondi et **R. Scartascini.** ***L'oblitération cavitaire par obstruction bronchique au cours du pneumothorax sous faible pression*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 23, n° 6, 5 Février 1936, p. 355-365). — *2 observations* d'oblitération cavitaire par obstruction bronchique, survenue brusquement chez des malades traités par le pneumothorax sous faible pression.

Radiographies montrant la rapide disparition de l'image cavitaire, comblée graduellement.

G. d'Heucqueville.

Denderio Gross. ***Sur la signification dynamique de la bradycardie*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 23, n° 6, 5 Février 1936, p. 365-371). — Selon Fredericia, il existe un rapport constant entre la troisième puissance de la durée de la *systole* et la *période* du pouls.

Il en résulte que la systole, période de travail du ventricule dans la révolution cardiaque, se prolonge d'autant moins que le pouls est plus lent.

La *bradycardie* constitue donc le rythme *le moins onéreux* pour le cœur: au rythme de 60 pulsations par minute, ce muscle travaille 38 pour 100 du temps; au rythme de 120, 60 pour 100.

G. d'Heucqueville.

G. Elkeles. ***La concentration des toxines et toxoïdes par congélation*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 23, n° 6, 5 Février 1936, p. 373-383). — La congélation permet de déshydrater et concentrer les toxines et les toxoïdes, jusqu'au dizième.

La congélation ne diminue pas la toxicité. Cependant les toxines congelées renfermant une certaine quantité de phénol perdent en partie leur toxicité. Expérimentation sur la toxine diphtérique et le cobaye. Titrage colorimétrique.

E. annonce des premiers essais de vaccination antidiphtérique par les toxoïdes congelées.

G. d'Heucqueville.

M. R. Castex, E. L. Capdehourat et **E. S. Mazzei.** ***Le facteur bronchial chez les cardiaques noirs de Ayerza*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 23, n° 8, 19 Février 1936, p. 481-520). — Le syndrome des « *cardiaques noirs* » de Ayerza apparaît d'ordinaire après une longue période de bronchite chronique chez de « vieux tousseurs ». C., C. et M. l'établissent par une enquête embrassant 30 cas.

Les bronchites chroniques, prémonitrices du syndrome de Ayerza, éclatent souvent dès le jeune âge, spécialement chez les sujets inhalant des poussières, porteurs de foyers septiques des voies aériennes supérieures, insuffisants respiratoires.

Toux discrète. Expectoration muco-purulente, s'évacuant abondamment au réveil. Insuffisance respiratoire secondaire. La bronchographie met en évidence l'accroissement du « *ramage* » de l'arbre bronchique avec appauvrissement du « *feuillage* ».

La sclérose de l'artère pulmonaire ne serait qu'un *épiphénomène* de la bronchite chronique chez les cardiaques noirs.

G. d'Heucqueville.

A. P. Ramos, M. Schteingart et **I. C. De Uryson.** ***Les hormones gonadotropes dans le traitement des troubles de la menstruation*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 23, n° 9, 26 Février 1936, p. 543-554). — Les recherches physiologiques ont établi l'action des hormones hypophysaires sur le fonctionnement des glandes génitales.

Chez de nombreux malades atteints de dysménorrée, l'examen endocrinologique montre des anomalies de la selle turcique ou des troubles du métabolisme.

R., S. et U. obtiennent avec les hormones hypophysaires gonadotropes, associées notamment avec la thyroïde, des améliorations dans des cas rebelles aux extraits ovariens.

13 observations.

G. d'Heucqueville.

J. C. Etcheves. ***Les troubles de conduction dans les cardiopathies rhumatismales de l'enfant*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 23, n° 13, 25 Mars 1936, p. 820-840). — Dans les cardiopathies rhumatismales de l'enfant, l'on observe des troubles de conduction, discrets d'ordinaire, révélés par l'électrocardiogramme, parfois marqués, perceptibles à l'examen clinique.

Ils cèdent, le plus souvent, au traitement salicylé.

La modification électrocardiographique intéresse l'onde P, dont l'amplitude augmente, traduisant l'hypertrophie auriculaire de la lésion mitrale. Une perturbation marquée de P constitue un élément de pronostic défavorable. La diminution de voltage de P peut annoncer la fibrillation.

Le blocage auriculo-ventriculaire réagit rapidement à la médication salicylée.

Les atypies franches de l'onde R comportent un pronostic défavorable.

Souvent on observe l'élargissement du segment PR et le raccourcissement du segment ST, dans les atteintes rhumatismales.

L'onde T apparaît parfois iso-électrique ou même négative. Son aspect renseigne sur la valeur fonctionnelle du myocarde.

30 observations personnelles avec électrocardiogrammes. *Bibliographie*.

G. d'Heucqueville.

REVISTA MEDICO-QUIRURGICA DE PATOLOGIA FEMININA (Buenos-Aires)

R. Ferracani. ***Les manifestations cliniques du Syndrome post-opératoire*** (*Revista Medico-Quirurgica de patologia feminina*, t. 4, n° 6, Décembre 1935, p. 805-823). — *L'acidose post-opératoire* résulte d'une insuffisance hépatique, consécutive notamment à l'anesthésie, surtout chez les porteurs de lésion hépatique.

La réserve alcaline s'abaisse. L'on observe de l'anxiété, de la dyspnée, de l'oligurie, de la cétonurie. Les formes graves se traduisent par un syndrome péritonéal ou un syndrome de choc, évoluant vers la mort.

13 observations.

L'*alcalose post-opératoire* apparaît seulement le 3e ou 4e jour, par des vomissements acides. Facies péritonéal. Déshydratation. Stase gastrique et intestinale.

Hypochlorémie, élévation de l'azotémie, diminution de la réserve alcaline.

Le diagnostic se pose souvent de ces syndromes fonctionnels post-opératoires et des complications chirurgicales péritonéales.

G. d'Heucqueville.

REVISTA MEDICA DEL ROSARIO (Rosario)

C. Weskamp et **C. Alvarez.** ***Exophtalmies pures d'origine basedowienne*** (*Revista Medica del Rosario*, t. 25, n° 10, Octobre 1935, p. 1089-1098). — *8 observations* d'exophtalmies, offrant tous les caractères de l'exophtalmie basedowienne, en l'absence des autres éléments du syndrome, dans lesquelles notamment le métabolisme de base demeure normal.

Un cas coïncidait avec des manifestations hystériques. Dans la plupart des observations rapportées, l'exophtalmie restait *unilatérale*.

Le *diagnostic* des exophtalmies isolées se pose avec les exophtalmies des *asthmatiques* et *dyspnéiques* et les exophtalmies résultant d'une surcharge graisseuse de l'orbite.

Plus malaisé le diagnostic avec le *goitre exophtalmique fruste*. On peut d'ailleurs interpréter l'exophtalmie isolée, sinon comme le prodrome ou la séquelle d'un goitre exophtalmique incipiens ou guéri, mais comme une *forme clinique autonome* de la maladie.

G. d'Heucqueville.

BRASIL MEDICO (Rio de Janeiro)

H. R. Froes. ***La mesure exacte et le calcul rationnel du taux de l'hémoglobine dans le sang*** (*Brasil Medico*, t. 49, n° 52, Décembre 1935, p. 1155-1156). — Le taux de l'hémoglobine du sang s'évalue par de nombreuses méthodes, *chloromé-*

trique, *colorimétrique*, *gazométrique*, *ferrimétrique* et *réfractométrique*, parfois discordantes.

Le taux moyen est d'environ *170 gr.* par litre chez les Européens, *140* chez les Sud-Américains.

Il serait utile de convenir d'une unité internationale, en grammes-litres par une méthode déterminée.

G. d'Heucqueville.

P. Regendanz et J. Muniz. ***Recherches sur la transmission du typhus exanthématique de Sao Paulo par les ixodes*** (*Brasil Medico*, t. **50**, n° **3**, 18 Janvier 1936, p. 45-48). — Le typhus exanthématique de Saô Paulo, maladie très voisine de la fièvre des Montagnes rocheuses, se transmet par l'intermédiaire des ixodes, l'*amblyomma cajennense* et le *rhipicephalus sanguineus*.

R. et M. ont étudié l'inoculation au cobaye par le *rhipicephalus sanguineus* dans ses métamorphoses successives, à l'état de larve, nymphe et adulte : *7 observations*.

Le virus a été mis en évidence dans l'intestin et les glandes salivaires. Il demeure chez son hôte pendant toute son évolution.

G. d'Heucqueville.

O HOSPITAL
(Rio-de-Janeiro)

A. Botelho. ***Les perturbations thermiques après la ponction sous-occipitale*** (*O Hospital*, t. **8**, n° **1**, Janvier 1936, p. 15-26). — B. a pratiqué la ponction lombaire chez 133 aliénés et la ponction sous-occipitale chez 108 autres, en mesurant les variations de température consécutives.

Dans 78 pour 100 des cas de ponctions sous-occipitales, il a observé une *hyperthermie* provoquée par la soustraction de liquide. L'élévation commence immédiatement et persiste quelques heures, parfois vingt-quatre et même trente-six heures.

La simple effraction de la méninge par l'aiguille ne suffit pas à déterminer l'ascension thermique.

Il faut rapprocher le phénomène observé des hyperthermies nerveuses par excitation de la moelle cervicale, du bulbe, de la protubérance et des corps striés : toute modification dans la statique du liquide retentit sur les centres thermiques situés dans les parois.

L'ascension thermique se produit même chez les sujets fébriles. Elle varie peu selon le syndrome psychiatrique des sujets étudiés : elle semble plus marquée toutefois dans la confusion mentale.

G. d'Heucqueville.

REVISTA MEDICA DE BARCELONA

L. Sayé. ***Résultats d'une année d'examen obligatoire des étudiants de l'Université autonome de Barcelone*** (*Revista Medica de Barcelona*, t. **13**, n° 145, Janvier 1936, p. 3-34). — Statistiques d'une enquête portant sur 541 étudiants dans l'année scolaire 1934 du point de vue de l'atteinte tuberculeuse.

Exploration clinique positive chez 12 pour 100 des sujets, radiologique chez 55 pour 100. Réaction de Pirquet positive dans 88 pour 100 des cas.

S. évalue à *77 pour 100* la proportion des étudiants *infectés*, à *96 pour 100* la proportion des *allergiques*.

G. d'Heucqueville.

F. Ladaria Caldentey. ***Le régime cétogène dans le traitement de l'épilepsie*** (*Revista Medica de Barcelona*, t. **13**, n° 145, Janvier 1936, p. 38-49). — On a mis en évidence avant les crises convulsives, une vague d'alcalose paroxystique.

Le régime cétogène, introduit en thérapeutique par Pierre Marie en 1920, détermine une acidose permanente. Il débute par une semaine de jeûne, puis les protéines et les hydrates de carbone sont réduits (respectivement à 25 et 15 gr. pour 180 gr. de graisses). L'acidose est contrôlée par les réactions d'Imbert et Gerhardt.

13 observations.

Dans l'ensemble, la fréquence des attaques a notablement diminué. Cependant l'action acidifiante reste impuissante contre les autres facteurs complexes du mal comitial.

L'acido-cétonurie diminue avant l'attaque et augmente après.

G. d'Heucqueville.

ANALES DE MEDICINA INTERNA
(Madrid)

J. Duomarco et P. Visca. ***La méthode oscillométrique, la méthode directe par ponction artérielle et la méthode de ponction veineuse par défaut de compression dans la détermination de la pression moyenne chez l'homme*** (*Anales de Medicina Interna*, t. **5**; n° **1**, Janvier 1936, p. 7-20). — Les travaux de Vaquez et de ses continuateurs sur la pression artérielle moyenne ont établi la concordance de la pression moyenne *oscillométrique* et de la pression moyenne *manométrique*.

D. et V. mesurent la pression moyenne par les deux méthodes chez 12 artério-scléreux.

D'autre part, chez 19 autres sujets, ils mesurent la pression moyenne en plaçant un manomètre sur une anastomose artificielle *artère-veine*.

Enfin, ils étudient l'action, sur la circulation du bras, d'un lien placé à différents niveaux et à différentes pressions, réalisant un *collapsus périodique*.

Les artères réelles diffèrent des artères théoriques par leur résistance à un tel collapsus.

G. d'Heucqueville.

C. Alvarez, A. Feijoo et W. Lopez Albo. ***L'hypoglycémie spontanée chronique*** (*Anales de Medicina Interna*, t. **5**, n° **1**, Janvier 1936, p. 31-55). — *Revue générale* complète, avec *bibliographie*, des travaux relatifs à l'hypoglycémie spontanée.

On l'observe chez les sous-alimentés, dans les carences hydro-carbonées, la lactation (élimination massive de glucose), les insuffisances hépatique, surrénale, hypophysaire, thyroïdienne et parathyroïdienne, expérimentales et cliniques.

De même dans l'anesthésie, le choc opératoire, les vomissements incoercibles, les accès convulsifs, les lésions mésocéphaliques, les affections mentales.

Observation d'une femme de 64 ans, ayant présenté, depuis une ménopause opératoire, des accès anxieux. *Ictus syncopaux*, caractérisés par des sueurs profuses, des convulsions, avec trémulation, asthénie, bradypnée, bradycardie. *Glycémie :* 0 gr. 33 par litre. Amélioration sous l'influence du régime hydro-carboné.

Les crises hypoglycémiques surviennent d'ordinaire à l'heure des repas et s'accompagnent de spasmes gastriques, anxiété, vertiges, sueurs, sialorrhée, les formes sévères de phénomènes épileptiques, paralysies et aphasies transitoires.

Diagnostic difficile. *Pronostic* à réserver en cas d'hypoglycémie par *lésion* hépatique ou pancréatique.

G. d'Heucqueville.

L. Benito Fuertes. ***Traitement de l'hyperthyroïdisme par les sels d'or*** (*Anales de Medicina Interna*, t. **5**, n° **1**, Janvier 1936, p. 57-66). — Maranon avait attiré l'attention sur la fréquence des syndromes hyperthyroïdiens chez les tuberculeux.

B. F. a expérimenté la *chrysothérapie* chez 13 hyperthyroïdiens, et obtenu un résultat favorable dans 8 cas au moins. L'amélioration persiste longtemps après la cure et porte même sur des symptômes d'ordinaire réfractaires comme le goitre et les troubles oculaires.

B. F. conseille la voie intra-musculaire et les faibles doses répétées, sans qu'on doive atteindre une dose totale élevée.

G. d'Heucqueville.

LA MEDICINA IBERA
(Madrid)

C. Juarros et J. de la Villa. ***Contribution à l'étude de la pathogénie du mongolisme*** (*La Medicina Ibera*, t. **20**, n° 954, 22 Février 1936, p. 305-340). — J. et V. rappellent les pathogénies proposées pour le mongolisme. L'âge des procréateurs, le nombre et l'éloignement des grossesses antérieures, ne semblent intervenir qu'accessoirement.

L'*hérédo-syphilis* se manifeste plus souvent, par les réactions biologiques et les stigmates, chez les anormaux non mongoliens que chez les mongoliens.

Le mongolisme ne saurait, d'autre part, s'expliquer comme une anticipation ontogénique du type phyllogénique de la race jaune, supposée plus avancée dans son évolution que la race blanche : la morphologie mongolienne diffère, en effet, de la morphologie chinoise ou japonaise, et l'on rencontre des mongoliens dans la race jaune.

La *brachycéphalie* constitue le caractère essentiel du mongolisme. Elle conditionne, au cours du développement, la *déformation palpébrale* (épicanthus, yeux en amandes) et les *anomalies cérébrales*.

J. et V. considèrent le mongolisme comme un syndrome, relevant de pathogénies diverses.

G. d'Heucqueville.

AMERICAN JOURNAL
of OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
(Saint-Louis)

D. W. de Carle. ***Cécité survenant au cours de la grossesse*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. **31**, n° **6**, Juin 1936. — De C. rapporte, avec commentaires, 7 cas de cécité observés en 10 ans, 4 pendant la grossesse, 2 pendant le travail et 1 dans les suites de couches, sur un total de 6.275 accouchements.

Le premier cas concerne une neuro-rétinite hémorragique où le décès survient malgré une hystérotomie. La lésion rétinienne, pour certains, est un signe qui impose l'interruption de la grossesse ; pour d'autres, sa constatation est la preuve qu'il est trop tard pour sauver la femme.

Les 4 observations suivantes concernent 3 toxémies gravidiques et une néphrite chronique : dans 2 cas de toxémie, il y eut cécité temporaire par œdème transitoire des centres occipitaux ; dans le cas de néphrite, il y eut une neuro-rétinite dont les séquelles persistèrent et, dans le dernier cas de toxémie, les lésions étaient mixtes.

De C. rapporte, ensuite, une histoire d'amaurose sans lésions qu'il suppose due à l'hystérie.

Enfin, une femme eut des troubles visuels après emploi de quinine pour provoquer un accouchement. Ces amauroses sont bien connues. Elles sont favorisées par l'idiosyncrasie, par l'emploi d'un véhicule alcoolique, par l'usage de la voie rectale. Elles débutent au bout de quelques heures, la cécité est complète avec ou sans signes ophtalmoscopiques. La récupération demande quelques heures, quelques jours ou quelques semaines et elle n'est pas toujours complète, ainsi que l'a montré Jacques Bollack. Dans le cas de de C., il avait été donné 60 centigr. de sulfate de quinine et, plus tard, 1 gr. 30 de bromhydrate.

Henri Vignes.

R. Mussey. *Rapport entre les altérations rétiniennes et la gravité des syndromes toxémiques aigus hypertensifs de la grossesse* (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. **31**, n° 6, Juin 1936). — Les altérations rétiniennes sont, depuis longtemps, connues chez les femmes enceintes prééclamptiques avec hypertension et toxémie. M. passe en revue les travaux consacrés antérieurement à ce sujet, puis il expose ses recherches fondées sur 108 femmes, malades ou non.

Ces états traduisent un spasme des artérioles précapillaires, spasme qui se constate au niveau de l'ongle et, aussi, par biopsie ou par autopsie. L'affection est généralisée; elle peut devenir permanente dans les cas graves, créant un trouble vasculaire et rénal définitif; elle peut disparaître si la toxémie a été bénigne ou si elle a été passagère.

Puisque les spasmes et les lésions consécutives sont généralisés, il n'est pas étonnant que les vaisseaux rétiniens soient intéressés par le processus. L'examen ophtalmoscopique prend, de ce fait, une importance pratique considérable. Dans 72 p. 100 des cas, où la tension maxima dépassait 140 mm., il y avait des altérations des artères ou du tissu rétinien, de la rétinite. Ces altérations augmentaient proportionnellement à l'augmentation de la tension ou à sa durée. Ce parallélisme indique combien l'examen ophtalmoscopique peut être une aide précieuse à l'accoucheur; la persistance du spasme artériolaire, l'apparition d'exsudats cotonneux ou d'hémorragies indiquent le danger d'une affection de tout l'organisme, laquelle sera permanente et ces données sont autant d'indications à interrompre la grossesse sans tarder.

Henri Vignes.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA (Milan)

Fiocco. *La formule leucocytaire locale dans l'intradermo-réaction à la tuberculine* (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. **77**, fasc. 3, Juin 1936, p. 449). — F. rapporte quelques recherches personnelles sur les variations de la formule leucocytaire du sang prélevé au niveau des intradermo-réactions tuberculiniques, afin de pouvoir obtenir un critérium d'appréciation plus exact de cette cuti-réaction.

F. a toujours rencontré dans la formule leucocytaire locale au niveau d'une intradermo-réaction positive une augmentation du nombre des monocytes, augmentation constante et unique, et qui augmente d'intensité suivant l'intensité macroscopique de la réaction.

L'origine endothéliale des monocytes étant actuellement admise, F. en tire des conclusions sur le mécanisme de la cutiréaction tuberculinique et en particulier sur le rôle du système réticulo-endothélial dans ce phénomène allergique.

R. Burnier.

ARQUIVO DE PATOLOGIA (Lisbonne)

J. Avella de Loureira. *Biologie du virus de la variole vaccinale* (*Arquivo de Patologia*, t. **7**, 1er Avril 1935, p. 5-148). — Cette importante monographie aborde l'étude des virus invisibles du point de vue de la biologie générale.

A. de L. défend la spécificité des bactéries: on peut expliquer leur évolution sans recourir aux hypothèses de variations ou de cycles complexes de reproduction.

Dans le cas de la vaccine, il établit que les diverses affections varioliques, ***variole vraie, alastrine, varioles expérimentales***, traduisent des adaptations différentes du même virus vaccinal.

Le virus vaccinal s'adapte à sa voie d'entrée dans l'organisme: le virus inoculé dans le tissu nerveux se comporterait comme un virus *neurophytique*, non comme un virus *neurotrope*.

Par la méthode des filtres et par la méthode optique, on évalue également à 1/8 de micron le diamètre du virus vaccinal.

A. de L. reprend l'étude générale de la filtration, rappelant l'influence essentielle de la charge électrique des particules dans le milieu, charge *proportionnelle* à leur virulence.

Il rappelle enfin les principes de la culture *in vitro* des virus qu'on applique, au laboratoire, au virus vaccinal.

G. d'Heucqueville.

ACTA RADIOLOGICA (Stockholm)

O. Kaalund-Jorgensen. *Recherches expérimentales sur une myélomatose transmissible (réticulose) des souris* (*Acta Radiologica*, supplément 29, 1936, 142 p.). — K.-J. passe en revue les recherches antérieures relatives aux leucoses des souris et des cobayes, notamment du point de vue de leur transmissibilité et relève que: 1° la grande majorité des leucoses transmissibles des mammifères étudiées étaient, ou étaient considérées comme lymphatiques, et ce n'est qu'au cours des dernières années que quelques brèves observations se rapportent à des leucoses myéloïdes transmissibles; 2° chez la souris et le cobaye la lymphadénose leucémique, la lymphadénose aleucémique, la lymphosarcomatose et la leucosarcomatose ne sont que des manifestations différentes d'une même affection; 3° la transmissibilité de la plupart des lymphomatoses envisagées jusqu'ici est, en grande partie, fonction de la nature constitutionnelle de la souris, ce que prouve le fait qu'elles ne sont transmissibles qu'à des animaux de la même souche; cependant une irradiation totale par les rayons X est susceptible de sensibiliser des animaux d'une autre souche ou d'une souche impure. La transmissibilité d'autres lymphomatoses paraît indépendante de la nature constitutionnelle des animaux puisqu'elle est réalisable sur des animaux de souche impure non irradiés, bien que dans ce cas le pourcentage d'inoculations positives soit relativement faible; 4° il n'a pas encore été possible de réaliser d'une manière certaine la transmissibilité à des animaux d'une autre espèce, même très voisine; 5° la transmissibilité des leucoses des mammifères n'a jusqu'ici été possible qu'à l'aide de cellules vivantes; 6° les leucoses transmissibles des mammifères ont de nombreux points communs avec les tumeurs malignes transmissibles des rats et des souris; 7° au moins chez les souris il n'est pas rare de voir survenir des manifestations spontanées de leucose, en rapport semble-t-il avec certains facteurs héréditaires.

La réalisation expérimentale de manifestations de leucose n'a pas encore été obtenue avec une certitude absolue chez les mammifères et de nombreux faits permettent de croire que des substances cancérogènes sont également capables de provoquer des leucoses.

K.-J. expose ensuite sa technique expérimentale et les éléments qui lui ont servi.

Dans le chapitre suivant K.-J. examine les tentatives faites par les auteurs pour établir un parallèle entre les tumeurs filtrables et les leucoses des oiseaux et celles des mammifères, et expose ses propres recherches en vue de mettre en évidence un agent non cellulaire de la myélomatose qu'il étudiait; il tire de ses recherches les conclusions suivantes: 1° la myélomatose est transmissible par le tissu cérébral, en apparence indemne de métastase, même 138 heures après que le sujet servant de donneur a été inoculé sous la peau avec du tissu tumoral. Lors des premières expériences on constatait une augmentation du développement de la tumeur après inoculation du tissu cérébral sans qu'il ait été possible de conclure des expériences qu'il s'agissait là de l'action d'un agent non cellulaire; 2° il est possible de réaliser la transmission de la myélomatose avec une dilution de produit tumoral dans du tissu cérébral de souris normale (environ 1 : 400.000) inoculée à la dose de 0,02 cmc (ce qui correspond à 8 cellules par souris); 3° il est impossible de transmettre la myélomatose, en n'utilisant qu'un produit sans cellules, non plus qu'en y adjoignant du tissu cérébral de souris normale; 4° le fait de faire ingérer à la souris du tissu cérébral n'influe pas notablement sur le pourcentage des inoculations positives; 5° la myélomatose peut être transmise, en dehors de l'emploi du tissu cérébral, par tout autre organe en apparence indemne de métastase, et également par le sang; 6° il a été impossible de transmettre deux cancers à l'aide d'organes sans métastases; 7° la dose mortelle de la myélomatose est de 3.100 à 3.700 « r ».

K.-J. expose et discute les trois théories concernant la transmissibilité des tumeurs transplantables des mammifères d'une espèce donnée: *a*) de l'adaptation; *b*) atreptique; *c*) génétique.

Il montre: 1° que chez la souris non-irradiée inoculée par la myélomatose (tous les animaux appartenant à la même espèce sans être cependant de souche pure), le pourcentage de tumeurs progressivement croissantes au cours de passages successifs est constant et que les échecs qui peuvent s'observer au cours des passages individuels sont de même ordre que ceux qui peuvent être dus à des causes fortuites; 2° que le pouvoir de développement de la myélomatose, transmise d'une série de souris pré-irradiées à une série de souris non-irradiées, est faible, mais augmente au fur et à mesure des passages dans cette dernière catégorie de sujets, ce qui est une preuve en faveur de la théorie de l'adaptation; 3° l'état constitutionnel des souris ne joue aucun rôle dans la réussite des transmissions de la myélomatose chez les souris non-irradiées.

K.-J. s'est efforcé de transmettre la myélomatose à des souris du bois et à des rats blancs non-irradiés et pré-irradiés; s'il a échoué vis-à-vis des souris, il a réussi, en ce qui concerne les rats ayant reçu 625 « r », a obtenir des tumeurs progressivement croissantes, et, dans un cas, a observé une atteinte des éléments blancs du sang et des organes. Il réussit également à transmettre la myélomatose à l'aide de deux passages sur des rats pré-irradiés, puis ensuite à des souris non irradiées.

K.-J. rapporte ensuite les résultats des examens histologiques et hématologiques d'inoculation de myélomatose chez des souris blanches non irradiées et montre que les modifications du sang et des organes sont de nature myéloïde et en rapport étroit avec le réticulum.

K.-J. conclut que la myélomatose qu'il a étudiée est une affection de même nature que les leucoses transmissibles des souris et cobayes décrites par les auteurs.

Les leucoses des mammifères sont des maladies de caractère particulier, différant par certains points importants, et des leucoses transmissibles des oiseaux et des néoplasmes transplantables des mammifères.

Les leucoses des mammifères sont cependant très voisines des tumeurs et sont, sans aucun doute, de nature néoplasique. La myélomatose qu'il a étudiée constitue un processus néoplasique en rapport étroit avec le réticulum. Ses cellules caractéristiques sont très peu différenciées et les facteurs qui déterminent la pathologie résultant de l'inoculation sont: *a*) le pouvoir de développement des cellules; *b*) la susceptibilité de l'animal; *c*) la voie d'inoculation.

Morel Kahn.

REVUE DES JOURNAUX

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Hans Otto. ***Erythrocytose symptomatique*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **178**, n° 5, 9 Mars 1936, p. 453-471). — O. considère qu'il y a érythrocytose quand le nombre des globules varie de 5 à 5,5 millions, l'expression hyperglobulie étant réservée pour les cas où les chiffres atteignent 5,6 à 6,5 millions et celle de polyglobulie à ceux qui dépassent le chiffre de 6,5 millions. Sur des sujets sains, la détermination a donné en moyenne, sur 42 hommes, 4,61 millions d'érythrocytes et 89,5 pour 100 d'hémoglobine. Sur 26 femmes, ces chiffres ont été respectivement de 4,36 millions et 84,4 pour 100. Dans ces conditions, l'érythrocytose commence au delà de 4,8 ou de 4,61 millions. Cet état a été observé à la clinique de Brugsch au cours des 18 derniers mois dans 242 cas qui peuvent se répartir en 11 groupes.

Dans le premier groupe qui comprend 5 cas, l'érythrocytose doit être rattachée à la production de poisons sanguins tels que la méthémoglobine, la sulfo-méthémoglobine, l'hémoglobine oxyearbonée, poisons qui à petites doses, doivent être considérés comme capables d'activer la moelle osseuse. Dans le même groupe doivent figurer 8 cas de saturnisme. D'autres poisons anémiants comme la pyrodine, le toluilène-diamine, la glycérine, la phénylhydrazine, l'arsenic sont considérés par beaucoup d'auteurs, comme ayant des effets analogues.

Dans le second groupe figurent les affections du tractus intestinal ou des reins qui s'accompagnent d'hémorragies (ulcère gastroduodénal, colite, hémorroïdes, néphrolithiase, néphrite hémorragique, etc.). Sur 270 cas d'ulcus, il a été constaté de l'érythrocytose dans 33 pour 100 des cas, le taux des érythrocytes dépassant 5,5 millions dans 14 pour 100. Cette érythrocytose doit être attribuée aux effets excitants de l'hémorragie alors que celle-ci serait assez faible pour échapper au cours de l'examen des selles.

Sur 311 cas d'ulcus, on a constaté presque toujours de l'anémie secondaire quand l'examen des selles était positif alors que dans 111 cas où il y avait érythrocytose l'examen des selles n'a été positif que 33 fois. D'autres auteurs attribuent ce phénomène à la déshydratation du sang ou encore à l'hyperacidité. Des recherches récentes ont montré, en effet, dans l'estomac l'existence d'un ferment érythropoïétique. Il pourrait donc se faire que l'érythrocytose constatée en pareil cas soit l'image inverse de l'anémie pernicieuse où ce ferment gastrique manque.

Dans le troisième groupe (affections du système hépatobiliaire), l'agent qui intervient serait la bilirubine qui doit être normalement considérée comme une hormone hémopoïétique. Dans un quatrième groupe figure le diabète sucré (12 cas) dont l'érythrocytose doit être attribuée à l'acidose. Dans un cinquième groupe (hyperthyroïdie et toxicose), il y a excitation de la moelle osseuse par l'hormone thyroïdienne. D'autres troubles endocriniens comme la puberté, la ménopause, la maladie d'Addison, les tumeurs hypophysaires, l'obésité, etc., peuvent aussi s'accompagner d'érythrocytose. La rate a une action variable. Elle produit une hormone qui aurait un effet inhibant sur la moelle osseuse et, d'autre part, en détruisant les globules rouges, elle exercerait une action stimulante sur l'érythrocytopoïèse.

En somme, l'érythrocytose peut avoir pour origine l'hyperfonction ou l'hypofonction d'un très grand nombre d'organes. De plus, on doit admettre que, quand l'oxygène diminue, c'est-à-dire dans les affections des poumons et dans les troubles circulatoires, il peut survenir une augmentation anormale des globules rouges. La stase périphérique agirait par un mécanisme analogue et les érythrocytoses observées en cas d'affection cérébrale ou médullaire relèveraient également d'une paralysie vasculaire. Enfin, les tumeurs ont une action excitante sur la moelle osseuse de même que les infections (pyodermie, péritonite, blennorragie, paludisme).

P.-E. Morhardt.

F. Steiner. ***Recherches sur la question de l'hérédité dans le diabète sucré*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **178**, n° 5, 9 Mars 1936, p. 497-510). — Il a été étudié par S. les familles de 97 diabétiques parmi ceux qui ont été soignés à la clinique de Umber au cours d'une année (1934-1935). En ce qui concerne les enfants de ces diabétiques, il y a lieu de considérer que pour la plupart, ils n'avaient pas atteint l'âge où le diabète apparaît et que par conséquent il est nécessaire de soumettre les chiffres ainsi trouvés à une correction tenant compte du fait que 53 pour 100 des diabétiques ont moins de 50 ans. Chez les pères et mères de diabétiques, on a trouvé 4,1 pour 100 de diabète. Chez les frères et sœurs, on a trouvé 19,8 pour 100 et chez les enfants 16,6 pour 100. Dans 9 cas, on a pu examiner les 30 enfants de pères et mères tous deux diabétiques et on en a trouvé 9 qui étaient malades. Un total de 258 parents (pères et mères, frères et sœurs ou enfants) de diabétiques a été soumis à l'épreuve du glucose et on a trouvé un diabète latent dans 3,5 pour 100 des cas et un léger retard du retour à la normale dans 7,8 pour 100 des cas. Chez ces parents, il n'a jamais été constaté de lévulose ni de pentose bien que ces sucres aient été systématiquement cherchés.

Il ne semble pas que le diabète soit jamais lié au sexe et, d'autre part, le nombre des diabétiques trouvés chez les frères et sœurs des malades (près de 19,8 pour 100) parle en faveur d'une hérédité récessive. Par contre, le chiffre élevé d'enfants diabétiques (16,6 pour 100) est en faveur d'une hérédité dominante ou alors d'une disposition héréditaire récessive extrêmement répandue. Il ne semble pas que parmi les malades examinés par S. on ait trouvé, plus fréquemment que dans la population en général, des mariages entre cousins.

En étudiant 14 paires de jumeaux, il a été constaté sur trois jumeaux univitellins, 2 cas de concordance, alors que sur 6 cas de jumeaux bivitellins, il n'y en avait aucun et sur 5 cas de jumeaux de sexe différent, un seul. Ces chiffres confirment ceux qui ont été déjà observés par d'autres auteurs et montrent qu'à côté de la disposition héréditaire, le milieu intervient même chez les jumeaux univitellins.

P.-E. Morhardt.

N. Henning. ***Observations sur la pathogénèse de la leucémie aiguë à myéloblastes*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **178**, n° 5, 9 Mars 1936, p. 538-549). — Le fait que la leucémie à myéloblaste aiguë guérisse parfois est pour H., une preuve tout à fait convaincante de non-identité entre cette maladie et la leucémie chronique. Il est donné à ce propos l'observation d'une femme de 47 ans chez laquelle on fit successivement divers diagnostics et d'abord celui d'anémie hyperchromique avec leucopénie et lymphocytose relative puis, étant donné l'absence de mégalocytes et d'urobilinurie, celui de panmyélophtisie et, après une ponction sternale qui permit de constater l'existence d'une moelle riche en myéloblastes, celui de leucémie à myéloblastes aiguë. Plus tard apparurent chez la malade des abcès staphylococciques cutanés et musculaires qui firent penser à une septicémie staphylococcique avec dégénérescence myéloblastique de la moelle osseuse, une nouvelle ponction sternale ayant donné un résultat normal. Mais trois mois plus tard, une rechute obligea de nouveau à faire le diagnostic de leucémie à myéloblastes, la ponction sternale donnant un frottis riche en myéloblastes non granuleux et la réaction de l'oxydase en même temps qu'on trouvait des colibacilles dans le sang.

Les faits de ce genre peuvent être interprétés si on procède, comme il est aujourd'hui possible de le faire, à des ponctions sternales en série. On constate alors que le gros des granulocytes représente les éléments non pas les plus jeunes mais au contraire les plus âgés de la série de maturation. Les myéloblastes non granuleux sont beaucoup plus rares. On doit attribuer aux granulocytes deux fonctions, celle de la maturation et celle de la division cellulaire. Ces deux fonctions peuvent être dissociées quand il survient une irritation de la moelle osseuse qui s'accompagne ou non de maturation des cellules dans le sang. En pareil cas, les myélocytes réagissent par une augmentation de leur pouvoir de multiplication. C'est ce qu'on observe dans les leucocytoses infectieuses, dans les anémies pernicieuses et secondaires et dans les carcinomes. Si l'irritation est plus sévère, la maturation se fait mal et alors la multiplication intéresse surtout les promyélocytes. C'est ce qu'on voit dans la fièvre typhoïde, dans la septicémie à pneumocoques. Le processus le plus sévère est constitué par le fait que les granulocytes mûrs, capables de fonctionner, ne peuvent plus se produire et que les appareils à érythroblastes et à cellules géantes se trouvent inhibés. Il y a alors carence de granulocytes, nécrose des muqueuses, etc., etc...

Ces troubles fonctionnels des myéloblastes sont en principe réversibles, ce qui n'est pas le cas dans la leucémie chronique qui est inguérissable. Cette dégénérescence myéloblastique et cette multiplication excessive des myéloblastes s'observe cependant dans la leucémie myéloïde chronique qui prend alors l'apparence d'une leucémie aiguë. Ces leucémies myéloblastiques aiguës sont observées à la suite de maladies infectieuses (diphtérie, polyarthrite, lymphogranulome, tuberculose), peut-être du fait d'une disposition individuelle particulière. Mais H. en a observé un cas à la suite d'une méningite à méningocoques. Entre l'agranulocytose et la leucémie aiguë il existe donc des relations étroites puisque dans cette dernière maladie, le malade meurt de l'absence de granulocytes dans la périphérie.

P.-E. Morhardt.

A. Vannotti. ***La maladie de Basedow comme maladie professionnelle (Contribution clinique à la genèse des hyperthyroïdies et des complications hépatogènes de cette maladie)*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **178**, n° 6, 15 Mai 1936, p. 610-619). — Il est donné 2 observations dont la première concerne un homme de 45 ans chez lequel, au cours de saturnisme chroni-



VOTRE SÉCURITÉ D'ABORD.........

Supprimez la **fatigue** visuelle en opérant avec le nouveau Projecteur

"CODE" DRAPIER

Muni d'ampoules spéciales
au sulfure de cadmium
- à filament encapsulé -

ÉCLAIRAGE INTENSIF
12.600 lux
- à 40 cm. -

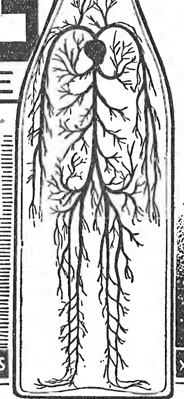
TOTALEMENT ANTI-ÉBLOUISSANT - PROTECTION ABSOLUE

(Transfo bas voltage à enroulements séparés). Notice P. 26.

DRAPIER, 41, rue de Rivoli, PARIS (Ier)

HÉMOLUOL

ÉLIXIR VÉGÉTAL ATOXIQUE



REGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE

ETATS CONGESTIFS

Extrait	Bourse à Pasteur...	0,10
—	Berberis...........	0,10
—	Hamamélis	0,30
—	Quinquina.........	0,08
—	Viburnum..........	0,10
Alcoolature	Anémone......	0,15
Elixir vanillé q. s. p. 1 cuill. à café		

3 cuillères à café par jour

LITRE. ÉCHONS. LABORATOIRES DU Dr H. FERRE 6 Rue DOMBASLE. PARIS XV

MÉDICATION ANTIHÉMORRAGIQUE

POLYCALCION

ANTIHÉMORRAGIQUE
DÉCHLORURANT
ANTI INFECTIEUX

CHLORURE DE CALCIUM
PHOSPHATE ACIDE DE CALCIUM
GLUCONATE DE CALCIUM
Agréablement aromatisé (en gouttes)

NEURO SÉDATIF
RECALCIFIANT
DÉSENSIBILISANT

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21, Rue Chaptal, PARIS (IXe)

que, il est apparu un syndrome de Basedow complet avec altérations du foie et porphyrie. Après administration de foie et cure d'insuline et de glucose, on constata une amélioration importante suivie d'abord d'une rechute pendant une période où on avait cessé cette thérapeutique puis d'une guérison définitive après qu'on l'eût reprise.

Dans un second cas, il s'agit d'un homme de 43 ans, qui, à la suite d'une intoxication chronique probablement par l'oxyde de carbone, a présenté de la céphalée rebelle, des vomissements, de l'excitation psychique et d'autres symptômes cérébraux d'intoxication due à CO ainsi que des signes incontestables de thyrotoxicose.

Il y a lieu de se demander s'il y a ou non une relation étiologique entre ces intoxications et le trouble fonctionnel de la thyroïde. Or, l'oxyde de carbone aussi bien que le plomb sont des substances connues pour agir particulièrement sur le système nerveux central. Gelmann a effectivement décrit une encéphalopathie saturnine caractérisée soit principalement par de la dépression, soit par des phénomènes épileptiques ou encore éclamptiques. Quant à l'oxyde de carbone, on sait qu'il provoque souvent des hémorragies capillaires, des thromboses, des phénomènes dégénératifs, notamment du thalamus. Il est très important également de noter que certains auteurs ont décrit des maladies de Basedow survenues à la suite d'une encéphalite. Enfin, en cas de saturnisme, il se produit une auto-intoxication due à la porphyrine, substance qui a été retrouvée dans la première observation et qui est capable de provoquer des altérations des centres.

Il y a de plus lieu de remarquer que dans la première observation à côté de l'intoxication par CO il est possible que des gaz nitreux soient intervenus. Or, il a été démontré que l'association de plomb et de ces gaz augmente les effets globaux. Les résultats obtenus dans cette observation par les extraits de foie s'expliquent aisément par le fait que dans beaucoup de cas de Basedow, il a été observé des altérations du foie et, de plus, dans la maladie de Basedow, les préparations hépatiques se montrent souvent efficaces. Il en serait de même en cas de porphyrie.

P.-E. Morhardt.

Konstantin Tschilow. ***Tétanie gastrogène avec polyurie paroxysmique*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **178**, n° 6, 15 Mai 1936, p. 639-646). — Il s'agit d'un homme de 32 ans qui souffre de l'estomac depuis deux ans, affection qui s'est accompagnée de vomissements puis progressivement de « crises » de convulsions générales. A l'entrée, il survient une amélioration relative suivie de nouvelles crises de polyurie excessive (15 à 17 litres par jour) avec chlorurie (0,403 pour 100 avec un total de 90 gr. de NaCl éliminés) et de tétanie sans vomissement. Dans l'ensemble, les symptômes font d'abord penser à de l'hystérie. Mais l'étude du métabolisme des chlorures met en évidence l'existence habituelle d'hypochlorémie et d'hypochlorurie marquées. Par ailleurs, il n'y a pas hypocalcémie.

Les relations qui existent entre la tétanie et les affections gastriques sont difficiles à expliquer. On peut songer à des réflexes conditionnés dus à une tension anormale des parois gastriques ou à une auto-intoxication. Un trouble de l'équilibre minéral par insuffisance de NaCl est plus vraisemblable. Effectivement, chez ce malade, l'administration de NaCl a eu de bons résultats sur la tétanie alors que HCl seul n'en avait pas. Il s'agirait donc d'une tétanie chloroprive. Mais on admet d'ordinaire qu'une élimination excessive de chlorure de sodium par les reins sains est incapable de réaliser un état chloroprive. D'autre part, les accès de polyurie ont une origine certainement psychique pour une part. Il s'agit en outre d'un patient typiquement vagotonique avec hyperacidité et ulcus vraisemblable. Chez cet individu, l'appauvrissement de l'organisme provoqué par les vomissements renouvelés a augmenté les besoins en sel et en eau, origine d'un cercle vicieux : le malade boit de l'eau qu'il ne peut retenir faute de chlorure de sodium et qui entraîne avec elle, par élimination, les dernières réserves de chlorure de sodium au point qu'au moment du maximum de la polyurie, il survient des accès de tétanie. L'arrêt de ces crises de polyurie doit être attribué à l'appauvrissement en chlorure de sodium du centre de la soif. Mais on ne saurait dire pourquoi l'insuffisance de NaCl détermine parfois de la tétanie et d'autres fois du coma hypochlorémique.

P.-E. Morhardt.

Paul Eckey. ***Quelques effets inhabituels des petites doses de strophantine sur la production et sur la conduction de l'excitation dans le cœur. Contribution à la question de la parasystolie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **178**, n° 6, 15 Mai 1936, p. 652-662). — E. donne l'observation d'un homme de 70 ans qui arrive en présentant une crise de décompression cardiaque sur laquelle la digitale reste sans effet. On lui administre de la strophantine et on constate une amélioration subjective et objective remarquable en même temps qu'il apparaît de la parasystolie. On constate, en effet, à côté du rythme sinusal de 66 par minute, un rythme hétérotope de 70 par minute. Ces deux rythmes sont indépendants l'un de l'autre. Ce trouble provoqué par la strophantine disparaît progressivement sans d'ailleurs avoir déterminé aucune sensation subjective de telle sorte que sans l'électrocardiogramme, on n'aurait pas pu en faire le diagnostic.

Il est donné l'observation de deux autres cas dans lesquels le trouble ainsi provoqué par la strophantine intéressait simplement le système de conduction mais pas la production de l'excitation. Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un malade qui fut traité avec 0,3 milligr. de strophantine et du luminal. Dès la seconde injection, il apparut de l'arythmie en même temps qu'une amélioration de l'état subjectif. Cette arythmie était due à une période de Wenckebach qui disparut après la 5e injection en même temps que les signes de décompensation cardiaque.

Dans un 4e cas, la strophantine fit disparaître les crises nocturnes d'angor en même temps qu'elle prolongeait le temps de conduction de 0,24 à 0,32 seconde, c'est-à-dire additionnait un trouble organique et un trouble fonctionnel du système de conduction. Chez ce malade, il fut procédé à une épreuve avec 0,75 milligr. d'atropine dont les effets montrèrent que les troubles ainsi provoqués étaient dus à une action du vague et qu'on pouvait poursuivre le traitement sans danger. Effectivement, on administra régulièrement, 30 minutes avant la strophantine, 0,5 milligr. d'atropine, ce qui permit de maintenir le conduction à 0,29 seconde.

Pour expliquer les phénomènes provoqués par la strophantine, E. fait appel à l'hypothèse d'Edens selon qui les corps digitaliques peuvent exercer des actions apparemment antagonistes, d'une part un ralentissement de la conduction et, d'autre part, une amélioration de la circulation des coronaires. Dans ces conditions, en cas de troubles de la conduction, il faut recourir à la strophantine en injection intraveineuse. Ainsi, la conduction est moins inhibée et l'irrigation des coronaires plus améliorée qu'avec la digitale.

D'autre part, il se trouve ainsi confirmé que la thérapeutique par la strophantine à petites doses fréquentes est préférable : les troubles que ce médicament peut alors provoquer sont moins sévères et peuvent être mieux surveillés. La strophantine présente ainsi un avantage sur la digitale dont les effets sont plus prolongés.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHES TUBERKULOSE BLATT (Leipzig)

L. Martz. ***Ueber tuberkulöse Rundinfiltrat (Sur des infiltrats tuberculeux de forme ronde)*** [*Deutsches Tuberkulose-Blatt*, Mai 1936, p. 82-91]. — M. rapporte 5 cas d'une lésion tuberculeuse déjà signalée depuis une dizaine d'années, mais assez rare. Sans symptômes cliniques ordinairement, elle se décèle radiologiquement sous la forme d'un foyer (quelquefois de 2 ou 3) de forme ronde, de la grosseur d'une pièce de 1 fr. à 5 fr., donnant une ombre assez dense, homogène, bien limitée, isolée en n'importe quelle zone du parenchyme pulmonaire sain, ou parfois accompagnée d'autres lésions. Anatomiquement, il s'agit de foyers crétacés et caséifiés en connexion étroite avec les parois bronchiques. Leur aspect demeure volontiers sans modification durant plusieurs années; après quoi, la lésion peut tout à coup donner naissance à un ou deux foyers semblables dans son voisinage ou se transformer en caverne. Le diagnostic est à faire avec le kyste hydatique ou une tumeur maligne : la longue immobilité de l'infiltrat rond et l'absence de signes cliniques concomitants en seront les bases.

G. Poix.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE (Leipzig)

G. Karpati (Pecs). ***L'auto-hémothérapie comme moyen de diminuer la fréquence des complications pulmonaires post-opératoires*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. 60, n° 9, 29 Février 1936, p. 516-523). — Les chiffres des statistiques de K. montrent que l'injection de 10 cmc de sang mélangés à 2 cmc de citrate de soude à 2 pour 100, faite dans la fesse d'un sujet aussitôt après l'opération paraît diminuer la fréquence des complications pulmonaires secondaires à une narcose par l'éther.

Sur 1.024 opérés, avant l'usage de l'auto-hémothérapie, K. relève 20 pneumonies dont 7 mortelles et 35 bronchites.

Sur 1.461 opérés après l'usage de l'autohémothérapie, K. ne compte plus que 12 pneumonies avec 4 morts et 18 bronchites.

Desmarest.

Ernst Hesse (Hambourg). ***Œdème pulmonaire aigu au cours de la grossesse et du shock obstétrical*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an 60, n° 22, 30 Mai 1936, p. 1267-1275). — H. relate 4 cas très intéressants d'œdème pulmonaire aigu apparaissant au cours de la grossesse chez des femmes qui n'avaient antérieurement aucune maladie du cœur ou des vaisseaux cliniquement décelables. De plus, ces femmes ne présentèrent aucun symptôme d'éclampsie. La lecture de ces observations est impressionnante car la scène se déroule avec une rapidité qui est celle, il est vrai, de tout œdème aigu du poumon. Survenant au moment même de l'accouchement, elle égare le diagnostic; c'est ainsi qu'une des malades se plaint que tout se déchire dans son ventre puis accuse de violentes douleurs épigastriques. Les signes de collapsus sont si graves, l'état empire si rapidement que craignant une rupture utérine, H. fait une laparotomie. Pas de sang dans l'abdomen et l'autopsie montre les lésions d'œdème aigu du poumon bilatéral qui emportèrent la malade.

Ainsi ces femmes parturientes ou récemment accouchées, sans perte de connaissance, sans convulsions, présentent brusquement un état inquiétant avec de graves troubles circulatoires, de la cyanose avec pâleur, des sueurs froides, un pouls petit, une dyspnée intense et elles succombent. C'est le tableau d'un shock toxique qui rappelle certains états de shock observés pendant la guerre.

Ce sont là des faits très rares, d'une interprétation difficile qu'il faut rapprocher des trois seuls cas connus de H.: 2 ont été publiés par Wesphall en 1924 et un par Gremme en 1931.

DESMAREST.

GACETA MEDICA ESPANOLA (Madrid)

J. Goyanes et **J. Parra Lazaro.** ***Le traitement chirurgical de l'hypertension essentielle*** (*Gaceta medica espanola*, t. 10, n° 6, 1936, p. 281-283). — En 1923, Brüning, ayant réséqué le ganglion thoracique cervical chez un angineux, observa la chute de la tension artérielle. D'autres auteurs ont proposé la section des splanchniques, l'énervation des surrénales et la section des racines rachidiennes motrices thoraciques.

Toutes ces interventions sont contre-indiquées dans les hypertensions d'origine organique, rénale en particulier: il faut les réserver aux sujets atteints d'hypertension nerveuse, de type *hyperréactif* aux diverses excitations.

La tension artérielle résulte, en effet, de l'équilibre de multiples facteurs: température, taux de l'oxygène et de l'acide carbonique sanguins, équilibre acide-base, réflexes vasculaires, actions endocriniennes.

La technique utilisée actuellement consiste à réséquer, dans la région péri-néphrétique, les ganglions cœliaque et semi-lunaire et la moitié de la surrénale, qui sera énervée. On opère successivement les deux côtés à un mois d'intervalle.

G. D'HEUCQUEVILLE.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

M. T. Schnitker, L. H. Van Raalte et **E. C. Cutler.** ***Effet de la thyroïdectomie totale chez l'homme*** (*Archives of internal Medicine*, t. 57, n° 5, Mai 1936, p. 857-887). — Chez 39 malades atteints de cardiopathies réfractaires à tout traitement et chez lesquels une thyroïdectomie totale avait été pratiquée, S., R. et C. ont étudié les modifications survenues dans le métabolisme et dans le sang.

Ces sujets atteints, soit d'angine de poitrine (22), soit d'affection valvulaire décompensée (15), soit de diabète (2), furent étudiés avant l'opération et après celle-ci, durant le myxœdème et après l'administration d'extrait thyroïdien.

A la suite de la thyroïdectomie totale, le métabolisme basal s'abaissa, atteignant en moyenne —22,8 pour 100 9 semaines après l'intervention chez les angineux, —27 pour 100 au bout de 8 semaines chez les valvulaires décompensés. L'administration de 0 gr. 015 de thyroïde par jour fit remonter le métabolisme à la normale, d'ordinaire en 3 à 4 semaines.

La cholestérolémie s'éleva après la thyroïdectomie totale, atteignant un taux moyen de 4 gr. p. 1.000 chez les angineux en état de myxœdème, et de 3 gr. 15 chez les valvulaires. Ces chiffres diminuèrent à la suite de la médication thyroïdienne. Il existe un rapport inverse entre la chute du métabolisme basal et l'ascension de la cholestérolémie, rapport qui n'est pas toujours simultané et ne peut pas être exprimé sur une base mathématique absolue. Le taux du cholestérol sanguin semble être un plus fidèle indice de la fonction thyroïdienne que le métabolisme basal.

La thyroïdectomie totale fut suivie d'une diminution frappante de la capacité vitale chez la moitié des angineux; elle revint à la normale en une semaine. L'apparition du myxœdème ne fit pas baisser la capacité vitale chez ces sujets. Plus de la moitié des valvulaires présentèrent une augmentation d'environ 24 pour 100 de leur capacité vitale au stade de myxœdème.

Un ralentissement de la vitesse circulatoire atteignant 43 pour 100 se produisit chez les angineux au stade de myxœdème. Les valvulaires présentèrent une modification analogue, mais moins nette, car ils ont déjà un ralentissement du cours du sang. L'administration de thyroïde accrut la vitesse circulatoire qui diminua en cas de décompensation consécutive.

L'étude du chimisme sanguin donna les résultats suivants: 1° Variations étendues de Ca et de P, mais dans les limites normales; la tétanie ne se montra pas dans plusieurs cas après ablation des parathyroïdes; la calcémie n'est pas nécessairement inférieure à la normale alors qu'existent des signes précoces de privation de substance parathyroïdienne. 2° Abaissement des protéines totales jusqu'à l'extrême limite inférieure de la normale quand se produisait du myxœdème; la médication thyroïdienne ne modifiait pas le taux. Le rapport sérine-globuline demeura inchangé. 3° La potassiémie varia dans les deux sens, mais demeura relativement constante à la suite de la thyroïdectomie totale. 4° Les sujets ayant une thyroïde normale aussi bien que ceux en état de myxœdème présentèrent de grandes variations dans le taux de l'iode. Immédiatement, après la thyroïdectomie totale la teneur du sang en iode augmenta, atteignant un maximum au bout de 3 à 6 jours, puis elle s'abaissa jusqu'à la normale. 5° On ne constata pas de modifications significatives dans la tolérance au sucre, ni précocement ni tardivement, chez les sujets non diabétiques; 2 diabétiques légers bénéficièrent notablement de la thyroïdectomie totale. Celle-ci tend nettement à augmenter la tolérance au sucre quand elle est troublée, mais reste sans influence nette chez les sujets non diabétiques.

On constata une diminution du tonus vasomoteur avec relâchement des petits vaisseaux, plus marqué dans la période consécutive à la thyroïdectomie. Au cas de myxœdème, ce relâchement se montra moins prononcé, mais, avec les besoins moindres du métabolisme, une circulation insuffisante devint suffisante.

L'activité mentale parut meilleure qu'avant l'opération chez les sujets présentant du myxœdème.

On nota un gain de poids de 3 kilogr. en moyenne chez les angineux, de 3 kilogr. 600 chez les valvulaires.

S., R. et C. mettent en parallèle avec ces cas de myxœdème provoqué 10 cas de myxœdème spontané. Ils ont constaté que le myxœdème provoqué ne cause pas le même degré d'anémie que le myxœdème spontané. Chez 26 de ces myxœdémateux spontanés, il existait une cardiopathie. Fait intéressant, la thyroïdectomie totale, pratiquée chez l'un d'eux, atteint d'angine de poitrine, soulagea le malade. Contrairement à ce que l'on pouvait espérer, la thyroïdectomie totale dans le myxœdème spontané avec hypertension fut suivie d'une augmentation de 10 mm. Hg des deux pressions, bien que le rythme du pouls ne se soit pas modifié notablement.

L'étude histologique des glandes endocrines des sujets qui moururent de myxœdème spontané ou provoqué ne révéla pas d'altérations pathologiques pouvant établir un lien entre les autres endocrines et l'hypofonctionnement thyroïdien.

P.-L. MARIE.

H. N. Cole, L. J. Usilton, etc... ***Recherches cliniques faites en collaboration sur le traitement de la syphilis cardio-vasculaire*** (*Archives of internal Medicine*, t. 57, n° 5, Mai 1936, p. 893-927). — 8 cliniciens ont mis ici en commun leur expérience de la syphilis cardio-vasculaire qui reste si souvent méconnue et dont le diagnostic précoce est pourtant si indispensable.

Ils traitent d'abord de l'aortite syphilitique non compliquée. Sa fréquence atteignait 4,9 pour 100 chez les sujets entrés à la clinique avec une syphilis tardive ou latente, les cas de syphilis bénigne tardive de la peau ou des os et de syphilis viscérale autre que cardio-vasculaire étant exclus. L'aortite syphilitique non compliquée se montre 3 fois plus fréquemment chez les noirs. Chez 10 pour 100 des malades, l'infection remontait à moins de 5 ans.

Le Wassermann du sang était positif dans 72 pour 100 des cas. Dans 49 pour 100, le liquide céphalo-rachidien présentait des anomalies indiscutables.

Parmi 935 syphilitiques suivis depuis le début de l'infection pendant une période de 3 à 10 ans, une atteinte cardio-vasculaire survint chez 1,6 pour 100, et parmi 105 sujets suivis de 10 à 20 ans, chez 6,7 pour 100. Toutefois, parmi les sujets suivis de 3 à 20 ans, aucun ne présenta de formes graves de syphilis cardio-vasculaire quand le traitement suivi avait été convenable et régulier durant les premiers stades de la syphilis.

Le traitement améliora nettement l'évolution chez 267 malades suivis pendant un an ou plus après la découverte de l'aortite syphilitique non compliquée.

La durée moyenne de la vie des malades qui succombèrent fut augmentée de 34 à 85 mois quand un traitement convenable put être fait après le dépistage de l'aortite. Sur les malades ainsi traités, 63 pour 100 étaient en vie et ne présentaient pas de troubles ni de progrès de leur syphilis cardio-vasculaire tandis que la proportion s'abaissait à 49 pour 100 chez les malades traités de façon insuffisante. Chez 8 pour 100 de ces derniers la syphilis cardio-vasculaire fut nettement ou probablement la cause de la mort contre 2,4 pour 100 chez les malades convenablement traités après la découverte de l'aortite syphilitique non compliquée.

La durée moyenne de la vie chez les malades traités avec de petites doses d'arsenicaux fut de 20 mois plus longue que chez ceux traités avec de grosses doses. Les statistiques montrent qu'il est bon dans l'aortite syphilitique non compliquée de faire une cure mercurielle ou bismuthique préliminaire.

C. et U. traitent ensuite de l'insuffisance aortique syphilitique. La fréquence de cette grave complication fut de 4,1 pour 100. Elle s'observa deux fois plus souvent chez les noirs et avec le maximum de fréquence de 20 à 30 ans après l'infection.

Le Wassermann du sang se montra positif dans 85 pour 100 des cas et le liquide céphalo-rachidien anormal dans 62 pour 100.

Fait intéressant, l'enquête montra que 69 p. 100 des malades n'avaient jamais été traités auparavant. Chez certains patients, convenablement traités apparemment, on constata néanmoins que le traitement avait été fait de façon irrégulière à la période avancée de la syphilis.

La durée moyenne de la vie fut augmentée de 40 à 55 mois avec un traitement convenable, appliqué une fois le diagnostic d'insuffisance aortique posé.

L'emploi des arsenicaux et des métaux lourds à dose convenable se montra très efficace.

C. et U., chiffres à l'appui, soulignent l'importance de la présence des phénomènes d'asystolie comme facteur de pronostic défavorable dans l'insuffisance aortique syphilitique et l'anévrysme.

Une amélioration des symptômes fut constatée chez 30 pour 100 des malades qui reçurent moins de 13 injections arsenicales associées à une cure intercalaire de bismuth ou de mercure, et chez 60 pour 100 des patients qui reçurent plus de 12 injections arsenicales jointes à une cure bismuthique ou mercurielle intercalaire. Un schéma de traitement est indiqué.

C. et N. s'occupent ensuite des anévrysmes sacculaires qui s'observèrent chez 1,2 pour 100 de leurs syphilitiques, et dans la moitié des cas dans


THÉRAPEUTIQUE ANTALGIQUE
TRAITEMENT IODÉ
RADIODIAGNOSTIC
LIPIODOL
HUILE IODÉE À 40%
540 MILLIGr d'IODE par C.C.
AMPOULES
CAPSULES
EMULSION
COMPRIMÉS
LAB^{res} A GUERBET & Cie
22, RUE DU LANDY
ST OUEN - PARIS
LAFAY

les 15 à 25 ans consécutifs au chancre. Dans 3 cas, la complication s'est montrée 35 à 40 ans après lui.

Le Wassermann du sang fut positif chez 90 pour 100 des malades. Le liquide céphalo-rachidien était anormal chez 64 pour 100 et 31 pour 100 des malades présentaient des signes cliniques d'atteinte du système nerveux central, surtout du type parenchymateux.

77 patients n'avaient pas été traités avant que l'on découvrît l'anévrysme.

Une amélioration des symptômes fut obtenue chez 43 pour 100 des malades qui reçurent un traitement bismuthique ou mercuriel prolongé associé à l'iodure, tandis que 30 pour 100 des patients traités par moins de 13 injections arsenicales avec cure bismuthique ou mercurielle intercalaire virent leurs symptômes s'amender et que la proportion des améliorations s'éleva à 56 pour 100 chez ceux qui reçurent plus de 12 injections arsenicales avec cure bismuthique ou mercurielle associée. Dans tous les cas, le traitement cardiaque fait conjointement fut similaire, quel que fût le traitement antisyphilitique employé.

80 pour 100 des porteurs d'anévrysme purent être suivis un an ou plus après la découverte de l'anévrysme, 30 pour 100 pendant 5 ans ou plus et 16 pour 100 pendant 8 ans ou plus. La durée moyenne de la vie après découverte de l'anérvysme fut de 37 mois chez les patients ayant reçu un traitement spécifique non approprié, et de 75 mois avec une thérapeutique bien dirigée.

C. et U. esquissent les grandes lignes du traitement qui doit être manié avec circonspection, afin d'éviter les réactions de Herxheimer et le « paradoxe thérapeutique », dû probablement à une guérison trop rapide des lésions inflammatoires de l'aorte.

P.-L. Marie.

A. Sindoni. ***Le moment le meilleur pour administrer l'insuline*** (*Archives of internal Medicine*, t. 57, n° 5, Mai 1936, p. 949-959). — L'administration de l'insuline 15 à 20 minutes après les repas, moment où commence l'augmentation de l'hyperglycémie, se montre plus avantageuse pour les malades à plusieurs égards, comme le prouvent les recherches de S. En effet, on observe une oxydation meilleure et plus complète des hydrates de carbone du repas, un meilleur emmagasinement du glycogène, une moindre tendance à l'hypoglycémie, un accroissement de la marge de sécurité vis-à-vis des effets fâcheux du choc produit par l'insuline sur l'appareil cardio-vasculaire déjà lésé des diabétiques âgés, enfin généralement une meilleure réponse au traitement insulinique. Les patients eux-mêmes se sont montrés très satisfaits de cette façon de procéder. La préoccupation que cause au malade l'idée d'avoir à prendre son repas dans les 15 minutes qui suivent l'injection d'insuline trouble son état mental et prédispose souvent à un léger choc.

P.-L. Marie.

D. N. Kremer. ***Tumeur médullaire des surrénales avec hypertension et artériosclérose juvénile*** (*Archives of internal Medicine*, t. 57, n° 5, Mai 1936, p. 999-1007). — Chez une fillette de 14 ans, déjà traitée depuis plusieurs années pour des troubles qui firent porter le diagnostic de néphrite diffuse avec hypertension, et présentant une pression de 19-15, une hypertrophie cardiaque considérable, une neuro-rétinite avec atrophie optique, de l'albuminurie avec de temps en temps quelques cylindres granuleux, mais sans globules rouges et sans azotémie, le tout s'étant terminé par la mort subite, l'autopsie montra une thrombose des vaisseaux cérébraux de l'hémisphère gauche, de l'artériosclérose généralisée et un paragangliome de chacune des surrénales. Les reins, volumineux, présentaient des thromboses dans les artérioles et dans les glomérules, une dégénérescence hyaline accentuée au niveau des tubuli et un épaississement de la tunique moyenne des artères.

De l'analyse de l'histoire clinique, K. déduit que l'on peut exclure la possibilité d'une néphrite hémorragique primitive passée à la chronicité; l'absence d'azotémie, la densité normale de l'urine viennent encore appuyer cette façon de voir. Les symptômes qui amenèrent les premiers séjours à l'hôpital: palpitations, dyspnée, douleurs précordiales, font penser à des crises précoces d'hypertension. Les constatations ultérieures montrant une hypertension persistante, les lésions du fond d'œil, l'hypertrophie cardiaque indiquaient des altérations organiques permanentes. D'autre part, certains signes: hypertrichose, répartition de la graisse, retard du développement sexuel, faisaient soupçonner l'intervention d'un facteur hypophysaire indirectement influencé par l'hormone surrénale.

K. en conclut qu'il s'agit là d'un cas d'hypertension d'origine surrénale, avec crises vasculaires paroxystiques précoces qui furent méconnues. Plus tard, l'hypertension permanente a pris une allure maligne, s'accompagnant des altérations organiques habituelles à cet état.

En présence, chez un jeune sujet, d'une hypertension dont on ne découvre pas la cause, on devra toujours songer à la possibilité d'une tumeur chromaffine des surrénales.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF SURGERY
(Chicago)

Robert B. Aird (San Francisco). ***Encéphalographie expérimentale à l'aide de gaz anesthésiques*** (*Archives of Surgery*, vol. 32, n° 2, Février 1936, p. 193-217, 6 fig.) — A. a expérimenté des gaz anesthésiques multiples comme matériel d'injection pour la ventriculographie. Les expérimentations ont été faites chez le chien. Chez celui-ci, la ventriculographie à l'aide de l'air donne des résultats tout à fait comparables à ceux que l'on observe chez l'homme.

Différents points ont pu être mis en évidence : tout d'abord le rôle anesthésique ou sédatif de ces corps. Tous les gaz employés ont eu un rôle anesthésique ou sédatif sauf l'oxygène et l'air. Il faut remarquer toutefois que l'effet anesthésique a été obtenu avec des gaz comme l'éther ou le chlorure d'éthyle qui se sont révélés dangereux. Inversement l'effet sédatif a été obtenu avec des gaz qui ont paru innocents tels que l'éthylène, le protoxyde d'azote, le cyclopropane.

Quelques gaz, en effet, se sont révélés comme étant d'un maniement dangereux pour la ventriculographie. Avec le chlorure d'éthyle, on a observé une mort par paralysie respiratoire, avec l'éther, on a observé des parésies fréquentes et une mort par paralysie respiratoire. Enfin la durée de rétention des gaz dans les cavités encéphaliques est extrêmement variable puisqu'elle varie de quinze minutes avec le chlorure d'éthyle à sept jours avec l'injection d'air.

Les conclusions auxquelles l'auteur s'arrête c'est que certains gaz, le chlorure d'éthyle, l'acétylène, l'éther, donnent de mauvais résultats et peuvent être dangereux. L'oxygène et le cyclopropane donnent des résultats supérieurs à l'air. Mais surtout le protoxyde d'azote et d'éthylène semblent être les produits les meilleurs ne donnant pas d'accident, entraînant un effet sédatif marqué, et de très bons résultats radiologiques.

F. d'Allaines.

Louis E. Barron, George M. Curtis et **William T. Haverfield.** ***Les effets de la résection bilatérale du nerf splanchnique sur la motilité de l'estomac*** (*Archives of Surgery*, vol. 32, n° 4, Avril 1936, p. 577-597). — Cette étude a été faite chez l'homme chez un sujet qui a subi à intervalle la double résection des nerfs splanchniques pour un diabète grave. Le sujet a été étudié par inscription manométrique des contractions gastriques avant les opérations, entre les deux opérations et enfin après la résection des deux nerfs, et des observations qu'ont faites B., C. et H. on peut conclure, qu'après la résection bilatérale des nerfs splanchniques, on voit apparaître une hypermotricité de tout l'estomac, une augmentation du tonus gastrique et de l'amplitude des contractions.

Dans leur conclusion B., C. et H. pensent qu'il pourrait y avoir là une indication opératoire, dans certains cas où il est nécessaire de stimuler énergiquement l'activité de l'estomac.

F. d'Allaines.

Charles Geschickter et **Dean Lewis.** ***Rôle des substances lactogènes dans le sein humain*** (*Archives of Surgery*, vol. 32, n° 4, Avril 1936, p. 598-616). — Il est prouvé expérimentalement que l'on peut provoquer la sécrétion mammaire en stimulant la glande tout d'abord par une injection préparante à type d'hormone ovarienne et une action déchaînante constituée par un extrait du lobe antérieur de l'hypophyse.

Les différentes expériences qui ont été faites ont montré que pour que l'injection déchaînante produise ce phénomène il faut qu'il y ait auparavant une activation de la glande soit médicamenteuse (hormone ovarienne), soit physiologique (suites de couche ou d'avortement). L'étude de ces mêmes injections chez les femmes en période menstruelle a donné à G. et L. des résultats intéressants. Ils ont obtenu fréquemment (3 fois) une sécrétion lactée, mais l'effet atteint était de courte durée, trois jours en moyenne, même dans les cas où les injections étaient répétées plus longtemps.

Des biopsies faites au niveau des glandes ont montré que la sécrétion était analogue à du colostrum avec des globules de graisse et d'abondantes cellules desquamées ; au niveau des tubes galactogènes il y avait hypertrophie et augmentation du nombre des cellules, l'intérieur des tubes était rempli de produits, sécrétion de cellules desquamées, mais on ne pouvait constater les modifications absolument identiques à celles qui accompagnent la lactation normale. Les deux substances préparante et déchaînante ont été retrouvées du reste dans la sécrétion lactée dans le mamelon et dans le lait des vaches en lactation.

Au point de vue pathologiques G. et L. attirent l'attention sur la ressemblance au point de vue hormonal entre cette sécrétion lactée provoquée et le liquide que contiennent les glandes atteintes de mammite kystique. C'est ainsi qu'ils ont pu retrouver la présence des deux hormones préparante et déchaînante dans le liquide des kystes et que l'hormone préparante a été retrouvée dans la glande de malade atteinte de mammite kystique.

Ils concluent donc dans leur article au rôle important joué par ces deux substances dans la sécrétion mammaire et dans la maladie kystique du sein.

F. d'Allaines.

Fred A. Mettler, James Spindler, Cecilia C. Mettler et **J. D. Combs.** ***Modifications de la fonction gastro-intestinale après l'ablation localisée du cortex cérébral*** (*Archives of Surgery*, vol. 32, n° 4, Avril 1936, p. 618-623). — Cette expérimentation a été faite chez le chat chez lequel on a enlevé différentes parties du cortex cérébral, et de cette expérimentation on peut conclure que l'ablation du cortex frontal produit des changement dans la motilité du tractus gastro-intestinal ; on observe une hyperactivité de celui-ci en même temps que le tonus pylorique est d'abord augmenté puis diminué. Il existe des changements manifestes de la motilité du cardia, des ondes péristaltiques de l'estomac qui sont changées dans leur nombre et dans leur intensité. Le relâche-

ment du sphincter pylorique s'accompagne peu à peu d'anorexie et aboutit au marasme et à la mort. Enfin on observe des lésions d'hyperhémie, de congestion et d'ulcération de la muqueuse gastro-intestinale.

F. d'Allaines.

Arthur D. Bissell et **Edmund Andrews** (Chicago). ***Etude expérimentale sur la cachexie dans les fistules biliaires*** (*Archives of Surgery*, vol. **32**, n° 4, Avril 1936, p. 624-668). — La cachexie secondaire à la dérivation biliaire totale est bien connue et amène en général une mort rapide. On sait d'autre part que la vie peut être facilement maintenue par réingestion de petite quantité de bile par un mécanisme quelconque. Il est difficile d'apprécier d'une façon précise les résultats des fistules biliaires expérimentales car du fait des conditions anatomiques, la fistule peut ne pas être totale. L'animal lèche et absorbe la bile fistulée; il existe des cholédoques accessoires, il peut exister de l'infection biliaire ascendante. Aussi, B. et A. ont-ils imaginé une nouvelle technique de fistulisation de la vésicule biliaire, chez le chien, qui évite ces inconvénients. Or les résultats montrent que les survies sont en général plus longues que par les autres méthodes et sans qu'on ait besoin d'administrer de la bile, des sels biliaires ou des extraits de foie.

L'étude pathologique de la cachexie biliaire qui progressivement amène l'animal à la mort montre tout d'abord que certains phénomènes sont absents qui étaient considérés jusqu'ici comme plus ou moins constants, il n'y a pas d'anémie, il n'y a pas d'ostéoporose, enfin B. et A. n'ont pas constaté un seul cas d'ulcère gastro-duodénal, alors que les statistiques anciennes signalent cette lésion dans 10 à 100 pour 100 des cas de fistules biliaires. L'absorption des graisses est très troublée mais elle n'est pas complètement supprimée, elle existe, et l'absorption des graisses peut se faire par la voie intestinale. L'injection de la vitamine D par la voie sous-cutanée ne change rien à la vie de l'animal et n'empêche pas la mort.

B. et A. enfin ont étudié soigneusement le métabolisme de la cholestérine et la conclusion de leurs recherches est que le mécanisme de la mort ne doit pas être cherché dans l'absence de la bile dans le territoire digestif, absence qui empêche l'utilisation de certains matériaux, mais en réalité la mort est due, en cas de fistule biliaire, aux troubles du métabolisme des stérols (cholestérine), troubles qui empêchent l'utilisation correcte de ces corps.

F. d'Allaines.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

L. G. Rowntree, J. H. Clark, A. Steinberg et **A. M. Hanson.** ***Effets biologiques de l'extrait pinéal de Hanson*** (*Endocrinology*, t. **20**, n° 3, Mai 1936, p. 348-358). — R., C., S. et H. ont administré par voie intrapéritonéale de l'extrait pinéal (Hanson) à la dose quotidienne de 1 cmc à des générations successives de rats.

Chez les parents il tend à augmenter la fréquence des portées. Chez les rejetons des générations successives il tend à faire décroître le poids de naissance et provoque un retard de la croissance, mais il accélère la différenciation, hâtant le développement génital et corporel. Ces effets s'accentuent au fur et à mesure que les générations se succèdent.

Dans la seconde génération on notait un retard net de la croissance avec une très légère accélération du développement sexuel. Dans la troisième, le retard de la croissance était accentué, il existait une accélération marquée du développement génital et une légère précocité du développement corporel. A la quatrième génération et à la cinquième ces particularités s'accentuèrent encore. C'est ainsi que les jeunes rats de cette dernière génération avaient un poids de naissance inférieur de moitié au poids normal, atteignirent leur maturité sexuelle en un temps moitié moindre que normalement et présentèrent une grande précocité quant au développement de la fourrure, à l'éruption des dents, à l'ouverture des yeux, à la descente des testicules, etc.

En somme, l'extrait pinéal provoque un nanisme associé à l'accélération du développement génital et corporel. Cet état à la troisième génération et aux suivantes rappelle assez le tableau clinique des tumeurs pinéales, bien que les animaux ne passent pas par le stade de croissance accélérée précoce que l'on rencontre parfois chez ces malades.

P.-L. Marie.

S. L. Simpson, P. de Fremery et **Mac Beth.** ***Présence d'un excès d'hormone masculine (hormone stimulant la prostate et la croissance de la crête) dans le virilisme et le pseudo-hermaphrodisme*** (*Endocrinology*, t. **20**, n° 3, Mai 1936, p. 363-373). — S., F. et M. ont établi la teneur en hormone masculine (hormone stimulant la prostate et le développement de la crête) et en hormone œstrogène de l'urine de 11 femmes présentant du virilisme et chez 3 fillettes présentant du pseudo-hermaphrodisme. La quantité d'hormone masculine fut déterminée par l'effet produit sur la croissance de la crête chez des chapons et par l'augmentation du poids de la prostate chez des rats castrés. Ces deux méthodes donnèrent des résultats similaires.

Ils ont trouvé un excès d'hormone masculine chez 4 des 7 femmes présentant un syndrome génito-surrénal, chez 3 femmes atteintes de syndrome de Cushing et chez 2 des 3 fillettes ayant du pseudo-hermaphrodisme. Il n'existait pas d'excès d'hormone masculine chez les 3 autres femmes présentant un syndrome génito-surrénal, chez une femme ayant dépassé 50 ans et atteinte d'un syndrome d'Achard-Thiers, non plus que chez une des pseudo-hermaphrodites âgée de 4 ans.

Un gros excès d'hormone masculine fut constaté chez une femme ayant un syndrome génito-surrénal (hypertrophie surrénale), chez une malade présentant un syndrome de Cushing (cancer surrénal) et chez une pseudo-hermaphrodite (hyperplasie surrénale).

Ces recherches montrent que de nouvelles enquêtes biologiques s'imposent dans les cas de virilisme et dans les désordres endocriniens voisins afin de confronter les données obtenues avec les constatations cliniques, biochimiques et histologiques. La clinique permet de suspecter les surrénales, mais les preuves biologiques convaincantes font encore défaut.

P.-L. Marie.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

James Maxwell. ***Analyse de l'asthmatique*** (*British medical journal*, n° 3930, 2 Mai 1936, p. 874-876). — L'asthme doit être regardé plus comme un symptôme que comme une maladie. Les causes qui déclenchent l'asthme spasmodique peuvent être rangées en six principales catégories de causes : l'allergie, la muqueuse nasale, l'appareil broncho-pulmonaire, le tube digestif, les glandes endocrines et les influences psychologiques.

Ces facteurs peuvent se trouver associés chez un même asthmatique.

Sur 150 malades, 64 hommes et 86 femmes, on pouvait trouver chez 28 malades un seul de ces facteurs; chez 62, deux facteurs; chez 31, trois facteurs; chez 23, quatre facteurs; chez 4 malades, cinq facteurs; chez un malade, six facteurs. Il existait un seul cas où l'on ne trouvait aucune de ces causes déclenchantes.

On trouva 90 fois le facteur nasal, 75 fois le facteur broncho-pulmonaire, 74 fois le facteur psychique, 73 fois le facteur allergique, 32 fois le facteur endocrinien, 21 fois le facteur digestif.

A signaler que la tuberculose était présente chez 11 malades ayant un facteur broncho-pulmonaire.

André Plichet.

F. A. E. Crew. ***Remarques sur le diagnostic biologique de la grossesse*** (*The British medical journal*, n° 3932, 16 Mai 1936, p. 993-996). — Pendant l'année 1935, 5.081 réactions d'Aschheim-Zondeck, 567 de Freidmann, 339 combinées de Freidmann et Zondeck ont été faites dans le laboratoire de l'Université d'Edimbourg. Sur ce chiffre, 1.465 eurent un résultat positif.

La réaction d'Aschheim-Zondeck donna 13 erreurs. Sept erreurs provenaient de ce que la grossesse était trop récente (moins de 8 semaines); d'ailleurs cette réaction, répétée dix jours après, fut positive. Il y eut un cas où la femme avait atteint la ménopause, un cas où il y avait mort de l'embryon. Pour les autres erreurs, il faut admettre que les urines contenaient peu d'hormone.

Dans 44 cas, les injections tuèrent la souris et le lapin. C'est presque la règle quand les malades sont atteintes de maladie cachectisante, de tuberculose, de néphrite.

Pour le diagnostic de môle hydatiforme ou de chorio-épithéliome, on peut faire les trois réactions suivantes : urines non diluées, urines diluées au 1/10, urines diluées au 1/100. Dans la majorité des cas, la grossesse donne une réaction positive avec urines non diluées, négative avec urines diluées, tandis que la môle ou le chorio-épithéliome donnent des résultats positifs avec les trois réactions.

André Plichet.

H. Letheby-Tidy. ***Le traitement de l'ulcère gastrique et duodénal*** (*British medical journal*, n° 3935, 6 Juin 1936, p. 1143-1148). — Il y a maintenant assez de recul pour pouvoir comparer le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique et duodénal au traitement médical. Approximativement, ils semblent donner des résultats équivalents si on en juge d'après la fréquence des récidives et la capacité de récupération professionnelle.

La mortalité opératoire est plus importante qu'on ne le dit généralement, spécialement dans les ulcères gastriques où elle atteint 10 à 20 pour 100 dans les circonstances les plus favorables.

Les résultats de la gastro-entérostomie sont plus rapidement appréciables que ceux du traitement médical; cependant dans les suites opératoires, l'ulcère jéjunal se rencontre au moins dans 10 pour 100 des cas.

Il est évident qu'il est difficile de dire si les cas pour lesquels le traitement médical a échoué auraient bénéficié du traitement chirurgical malgré ses risques; mais on peut sans inconvénient recommencer le traitement médical.

Les hémorragies profuses qui donnent une mortalité importante sont une indication opératoire de premier ordre.

Le traitement médical des hémorragies ne doit pas comporter un jeûne de plus de 24 heures.

Le traitement médical de l'ulcère consiste à mettre au repos l'estomac et à empêcher le suc gastrique de baigner l'uleus. La règle sera de donner chaque deux heures des petits repas destinés à neutraliser le suc gastrique et, dans l'intervalle, du bicarbonate de soude en petites quantités.

André Plichet.

L. A. Key. ***Les complications urinaires dans l'immobilisation prolongée des enfants*** (*British medical journal*, n° 3935, 6 Juin 1936, p. 1150-1153). — L'immobilisation prolongée pour un traitement orthopédique favorise les complications uri-

naires et spécialement la formation de calculs rénaux.

Sur 162 enfants immobilisés depuis plus de trois mois, K. observe 32 cas de complications urinaires: 20 cas de calculs vésicaux, urétéraux ou rénaux, 3 cas de tuberculose rénale, 9 cas de pyélite.

Sur ces 32 enfants, 27 étaient atteints d'affection de la hanche, de la colonne vertébrale ou de la ceinture pelvienne.

La position couchée favorise en effet la stase dans les voies urinaires. D'autre part, les foyers infectieux que l'on rencontre souvent chez les enfants: amygdalites, infections intestinales, sont à l'origine de ces complications.

Il faut également faire une place au régime spécial auquel sont soumis les enfants hospitalisés qui est plus riche en calcium que leur régime ordinaire.

A remarquer également que ces complications évoluent à bas bruit et qu'il faut souvent recourir aux examens microscopiques de l'urine et à la radiologie pour les déceler.

André Plichet.

J. B. Cavenagh. ***La thrombose du sinus*** (*British medical journal*, n° 3936, 13 Juin 1936, p. 1195-1199). — La thrombo-phlébite du sinus caverneux est généralement considérée comme une complication fatale des infections de l'oreille moyenne et de la mastoïde, aussi les cas de guérison sont-ils peu nombreux. Depuis la statistique de Eagleton, parue en 1926, C. ne trouve que 13 cas de guérison, avec les siens, parus dans la littérature anglaise.

Sur ce nombre, trois ont été traités par des interventions directes sur le sinus. La meilleure voie d'accès dans ce cas est la voie orbitaire, quoiqu'on soit bien souvent obligé de sacrifier l'œil. Cette opération nécessite également soit la ligature de la carotide primitive, soit celle de la carotide interne avec toutes ses conséquences.

Pour les autres cas le traitement fut médical: immuno-transfusion, bactériophage intraveineux, sérum antistreptococcique, vaccination avec quelques opérations complémentaires comme le drainage du foyer primitif et l'ouverture des abcès formés.

André Plichet.

Stanley J. Hartfall. ***La gastrite en théorie et en pratique*** (*British medical journal*, n° 3936, 13 Juin 1936, p. 1200-1204). — H. résume l'histoire de nos connaissances sur la gastrite avec un développement spécial sur les changements de sécrétion du suc gastrique. La gastrite est une maladie importante en raison du grand nombre de facteurs étiologiques qui la conditionnent et du grand nombre de maladies graves auxquelles elle est associée.

La gastrite achlorhydrique est connue depuis longtemps, la gastrite hyperchlorhydrique est de découverte plus récente. L'examen du suc gastrique après stimulation par l'histamine montre des différences importantes qui viennent à l'appui de la théorie de Hurst, d'une diathèse gastrique constitutionnelle. Il faut redouter dans la gastrite achlorhydrique ou hyposthénique le cancer et dans la gastrite hyperchlorhydrique ou hypersthénique, l'ulcère.

La gastrite affectant les individus ayant une constitution gastrique normale donne plus rarement lieu à ces séquelles sérieuses. Pour les prévenir, il est important de traiter les gastrites dès leur apparition.

Le traitement préventif est avant tout diététique avec élimination de toute fantaisie gastronomique. Dans la gastrite hyperchlorhydrique, il faut administrer les alcalins; dans la gastrite hypochlorhydrique si le lavage de l'estomac ne restaure pas la sécrétion, il faut y suppléer par l'acide chlorhydrique et la pepsine.

André Plichet.

Reginald Miller et Martin Raven. ***Nausées et vomissements épidémiques*** (*British medical journal*, n° 3937, 20 Juin 1936, p. 1242-1245). — En Mars 1936, dans une école, M. et R. ont observé une épidémie de nausées et de vomissements accompagnés de vertiges. Cette épidémie, qui dura une quinzaine de jours, atteignit 52 enfants sur 117, sans distinction d'âge. Elle disparut rapidement sans amener de mortalité.

Cette épidémie est comparable à celle qui fut observée au Danemark, aux mois de Juillet et de Décembre 1935.

L'étiologie de cette affection reste mystérieuse. Au Danemark, on pensa à une infection d'origine alimentaire à cause des troubles intestinaux qui se déclarèrent. M. et R. rejettent cette hypothèse car leurs malades n'eurent ni anorexie, ni diarrhée, mais ils font des réserves sur la nature possible d'une infection du système nerveux.

André Plichet.

David Rankine. ***Kératite chez les ouvriers fabriquant la soie artificielle*** (*British medical journal*, n° 3939, 4 Juillet 1936, p. 4-9). — Chez les ouvriers qui travaillent la soie artificielle par le procédé de la viscose, on remarque souvent une kératite superficielle qui se signale tout d'abord par des troubles de la vision : zones opaques dans le champ visuel et par une légère congestion de la conjonctive.

A ce stade elle guérit rapidement. Ultérieurement, elle se traduit par la sensation de corps étranger sous les paupières, de la photophobie, un écoulement abondant de larmes, des douleurs oculaires, de la céphalée, puis du blépharospasme. L'épreuve à la fluorescine permet de voir une desquamation plus ou moins grande de l'épithélium du centre cornéen.

Différentes hypothèses ont été envisagées pour expliquer cette kératite: projection de gouttelettes d'acide sulfurique, souillure des yeux par les doigts. En réalité, elle semble due à une substance volatile qui se dégage au cours des différentes opérations, la thio-formaldéhyde, qui donne d'ailleurs aux ouvriers une haleine sentant l'ail.

La prophylaxie de cette kératite réside dans l'hyperventilation des ateliers.

André Plichet.

ORVOSI HETILAP

(Budapest)

B. Paul et P. Végh. ***Corrélation entre le parenchyme du foie et le métabolisme de l'eau*** (*Orvosi Hetilap*, t. 80, n° 18, 2 Mai 1936, p. 408-411). — On sait que le parenchyme du foie a une action régulatrice sur le métabolisme de l'eau. Ce parenchyme influence l'élimination d'eau, qui traverse le foie et, d'autre part, régularise aussi le contenu d'eau des autres organes.

A l'appui de ces faits, B. et V. ont examiné quelques cas d'ictère hépatocellulaire. Analysant la quantité de l'eau ingérée et éliminée ils ont observé les faits suivants:

Dans le commencement de la maladie on trouve une forte rétention de l'eau ingérée et dans la deuxième phase de l'ictère se manifeste une élimination importante. Ils ont observé aussi chez les sujets atteints d'un ictère catarrhal que le liquide d'une injection sous-cutanée de sérum physiologique s'absorbe rapidement au début de l'ictère. Ces faits prouvent combien les tissus sont avides d'eau dans ces cas.

Ils ont essayé même la déshydratation du foie par l'excitation artificielle de la zone de Head correspondante. Après une telle excitation, au début des cas bénins on vit se manifester de l'hydrémie, mais dans les cas graves et dans l'évolution de tous les autres cas on n'observa plus ce phénomène.

M. Varady.

V. Augusztin. ***Recherches sur la constitution des diabétiques*** (*Orvosi Hetilap.*, t. 80, n° 19, 19 Mai 1936, p. 439-441). — Quelques auteurs supposent qu'il existe une certaine corrélation entre le diabète et les différentes constitutions.

A. a essayé de définir exactement ces corrélations et dans ce but il a fait chez 107 diabétiques des mensurations anthropométriques. Il a fait également l'examen des 609 diabétiques qui ont été traités dans la clinique au cours de ces dix dernières années.

Les résultats obtenus sont les suivants: Le diabète grave se rencontre chez les hommes dans la jeunesse et chez les femmes dans l'âge mûr. L'hérédité du diabète existe dans 40 pour 100 des cas.

Selon les mensurations antropométriques on trouve — en opposition avec les données actuelles — que les jeunes diabétiques sont bien proportionnés et que les jeunes hommes ont plutôt une constitution musculaire et les femmes la constitution des jeunes pycniques.

Les hommes d'un certain âge, atteints d'un diabète bénin, ont plutôt le type des athlètes engraissés; dans les cas graves, ils ont une constitution pycnique. Chez les femmes diabétiques plus âgées, dans les cas bénins comme dans les cas graves, on constate qu'elles sont toutes d'une constitution pycnique.

A. Blazso.

I. Grosz et P. Patat. ***Les recherches sur la virulence des microbes de la conjonctive*** (*Orvosi Hetilap*, t. 80, n° 24, 13 Juin 1936, p. 557-559). — Avant les opérations oculaires, il est très important d'examiner les microbes de la conjonctive. La recherche microscopique ne renseigne pas sur la virulence des microbes. G. et P. ont fait leurs examens de virulence d'après la méthode de Rouge-Philippe modifiée.

On prend le sang des malades et on en empêche la coagulation avec des perles en verre. Les yeux des malades sont lavés avec un bouillon stérilisé. On inocule le sang avec V à VIII gouttes de ce bouillon de lavage, puis 3 heures après, avec le sang inoculé des souches d'agar. On pose ces préparations dans un thermostat et fait la lecture dans les 24 heures. On constate ainsi que la conjonctive saine contient assez souvent des microbes virulents. Dans les infections post-opératoires, cet examen peut être également positif.

G. et P. insistent sur la nécessité de telles recherches, surtout avant intervention chirurgicale sur la cataracte. Dans les cas positifs, ils conseillent de remettre l'opération jusqu'à ce que l'examen de la virulence des microbes de la conjonctive soit négatif.

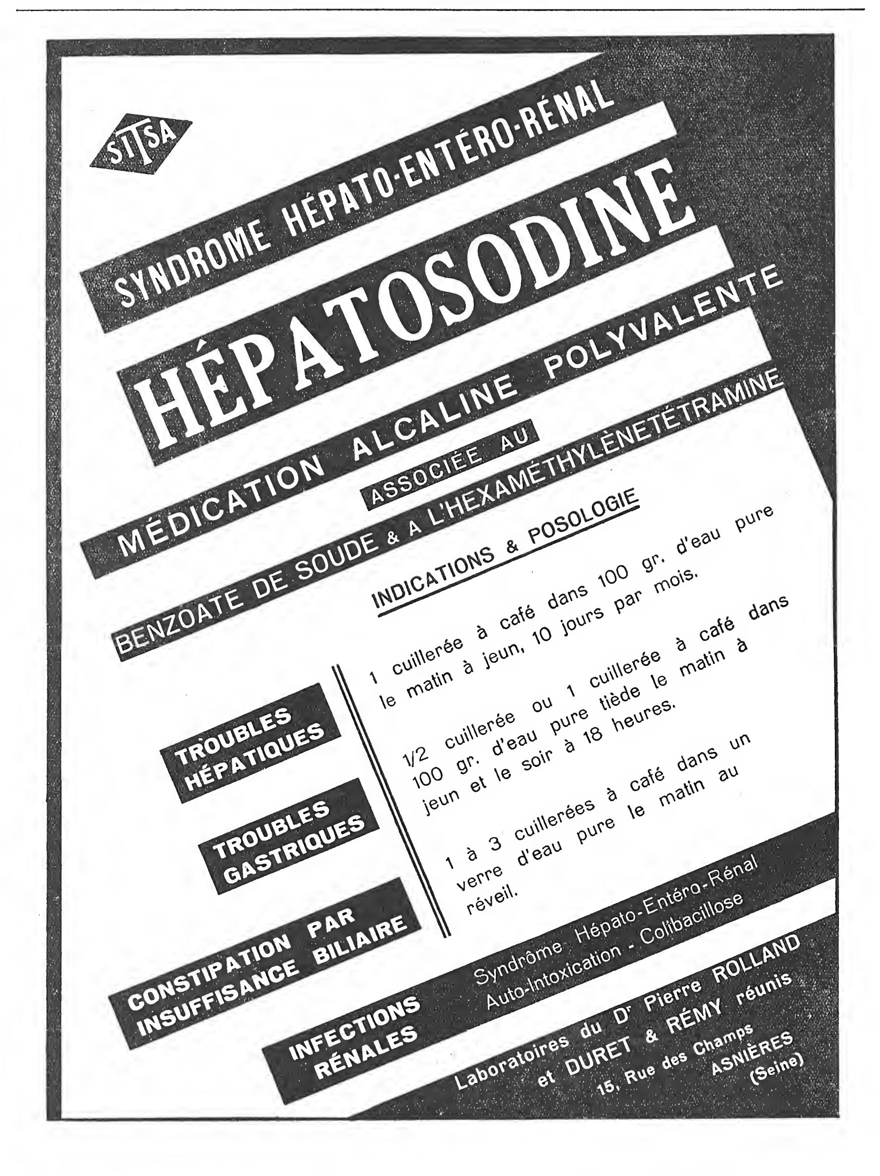
M. Varady.

A. Koranyi. ***Sur le mécanisme de l'albuminurie*** (*Orvosi Hetilap*, t. 80, n° 25, 20 Juin 1936, p. 579-581). — Dans l'albuminurie quelques auteurs portent un grand intérêt aux modifications des fractions protéiques du sang. On suppose même, comme Munk par exemple, que dans la néphrose lipoïdique l'altération des cellules des reins n'est qu'une conséquence des altérations de la composition du sang. Epstein et Löwenthal considéraient aussi comme une cause primaire de l'albuminurie, le changement des fractions protéiques du sérum. D'autres auteurs sont du même avis avec quelques variations de détail.

Volhard écrit que théoriquement on peut supposer deux mécanismes dans l'élimination de l'albumine: la transsudation, autrement dit la filtration et la sécrétion active.

En outre, il y a quelques années que Rusznyak et Németh ont démontré qu'il faut chercher la cause de l'albuminurie dans l'altération de la capacité filtrante des reins.

K., qui voulait éclaircir ce problème, a travaillé


STSA
SYNDROME HÉPATO-ENTÉRO-RÉNAL
HÉPATOSODINE
MÉDICATION ALCALINE POLYVALENTE
ASSOCIÉE AU
BENZOATE DE SOUDE & A L'HEXAMÉTHYLÈNETÉTRAMINE
INDICATIONS & POSOLOGIE
TROUBLES HÉPATIQUES
1 cuillerée à café dans 100 gr. d'eau pure le matin à jeun, 10 jours par mois.
TROUBLES GASTRIQUES
1/2 cuillerée ou 1 cuillerée à café dans 100 gr. d'eau pure tiède le matin à jeun et le soir à 18 heures.
CONSTIPATION PAR INSUFFISANCE BILIAIRE
1 à 3 cuillerées à café dans un verre d'eau pure le matin au réveil.
INFECTIONS RÉNALES
Syndrôme Hépato-Entéro-Rénal
Auto-Intoxication - Colibacillose
Laboratoires du Dr Pierre ROLLAND et DURET & RÉMY réunis
15, Rue des Champs
ASNIÈRES (Seine)

avec une préparation spéciale des reins isolés de chien.

De différentes investigations, il conclut qu'il faut chercher la cause de l'albuminurie néphritique ainsi que de l'albuminurie de la fièvre dans une lésion du filtre des reins. Le changement des fractions protéiques du plasme sanguin ne doit pas jouer un rôle important dans cette manifestation de la maladie. Dans l'administration des protides hétérogènes, si les reins sont intacts, l'albuminurie se manifeste seulement si les molécules des protides sont moins grandes que celles de l'albumine du sérum.

Ainsi, l'albuminurie néphritique, alimentaire, et de fièvre est un phénomène de la filtration et non le résultat de la sécrétion active des reins.

A. Blazso.

Z. Horn. ***L'effet des préparations de l'acide barbiturique sur la glycémie*** (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 25, 20 Juin 1936, p. 582-583). — On sait que, dans les recherches faites sur l'animal, les préparations d'acide barbiturique créent une altération très marquée de la régulation du métabolisme du sucre.

H. a essayé d'examiner cette action chez les malades normaux et diabétiques. Cette question a une importance particulière chez ces sujets, puisque dans l'insomnie on administre souvent des préparations barbituriques.

H. conclut que l'acide phényl-acéthyl-barbiturique, l'acide allyl-phényl-barbiturique et le somnifène, employés à doses thérapeutiques, n'altèrent pas sensiblement la régulation du métabolisme du sucre ni chez les sujets normaux ni chez les diabétiques.

L'augmentation de la glycémie dans la narcose à l'évipan sodique n'est que la conséquence de l'intervention chirurgicale.

Il a observé aussi que dans quelques cas où, après administration de sucre, la courbe de glycémie à jeun prend un caractère retardé, les préparations susmentionnées normalisent cet état anormal du métabolisme du sucre.

A. Blazso.

Gy. Balazs. ***Sur la corrélation entre la menstruation et le suicide*** (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 27, 5 Juillet 1936, p. 630-632). — Depuis longtemps on sait que le système nerveux des femmes est troublé pendant la menstruation. D'après plusieurs observations, des tentatives de suicide se produisent souvent pendant la menstruation. Plusieurs auteurs ont examiné la relation entre le temps du suicide et le cycle sexuel des femmes et les résultats de leurs observations sont contradictoires.

Pour mieux étudier ce problème, B. a examiné 3.110 cas et il conclut que le nombre des tentatives de suicide sont plus grands dans la première phase du cycle sexuel que dans la deuxième, mais particulièrement le premier jour de la menstruation. Dans la période prémenstruelle, les cas du suicide sont beaucoup plus rares.

M. Varady.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

R. D. G. Ph. Simons. ***Herpès zoster*** (*Nederlansch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **80**, n° 18, 2 Mai 1936, p. 1910-1915). — L'herpès zoster est observé dans des proportions variables : 1.04 pour 100 (Hoennicke et Joseph), 1 pour 100 (Perutz), 2 pour 100 (Sidlick) et 0,5 pour 100 à la clinique dermatologique de Leyde, soit sur un total de 10.000. 54 cas que S. a étudiés. Au point de vue de la saison, on admet souvent que l'herpès zoster est fréquent surtout au printemps et en automne. C'est ce qui a été observé également à Leyde : 18 cas en été et 14 en automne. L'affection est apparue au cours d'une cure arsenicale pour psoriasis ou lichen ruber (5 cas), de chrysothérapie (1 cas), d'impaludation (1 cas), de salvarsan (1 cas).

Par ailleurs sur un total de 100 psoriasiques traités par l'arsenic, selon la méthode Gebert, il a été vu par S. 7 cas d'éruption d'herpès zoster. Toutes ces éruptions arsenicales ont guéri spontanément en une semaine. Elles ont été plus fréquentes avec la liqueur de Fowler qu'avec le salvarsan.

Au point de vue du traitement on a recommandé de divers côtés, les extraits d'hypophyse et plus spécialement de posthypophyse. Ce traitement a été employé chez 10 malades, 10 autres soumis à des injections avec des substances de contrôle. La durée de l'affection chez les malades traités avec le produit actif (piton) a été de 8 à 10 jours et il semble que les malades traités précocement, c'est-à-dire 24 ou 48 heures après l'apparition de l'éruption ont plus bénéficié que les autres de ce traitement. Chez les contrôlés, la durée de l'affection a été de 10 jours.

On a étudié les effets secondaires d'extraits d'hypophyse d'origines anglaise, française, allemande et hollandaise en tenant compte des variations de la teinte du visage. La pâleur n'apparaît que chez certains sujets prédisposés et disparaît 10 minutes après l'injection sans être accompagnée de sensations subjectives. Ce phénomène survient d'une façon identique quelle que soit l'origine du produit.

P.-E. Morhardt.

A. W. C. G. Kamerling et **W. Grotepass.** — ***Preuve de l'existence du principe antipernicieux dans le suc gastrique*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **80**, n° 19, 9 Mai 1936, p. 1991-1998). — Pour démontrer la présence du principe antipernicieux dans le suc gastrique, K. et G. rappellent que Reimann et Weil administrent quotidiennement *per os*, 20 gr. de foie mélangé à 20 gr. de suc gastrique et mis à l'étuve à 37° pendant 2 heures. Ce mélange est donné *per os* pendant 12 à 14 jours. Si, sous l'influence de ce traitement, on constate une poussée réticulocytaire associée à une augmentation de l'hémoglobine et du nombre des érythrocytes, on doit admettre que le suc gastrique examiné, possède la propriété de potentialiser l'activité du foie et contient par conséquent du facteur intrinsèque.

Pour compléter cette démonstration, il a été administré par K. et G. en outre de 20 gr. de foie, un mélange d'acide chlorhydrique et de pepsine (pepsine 1 gr. 5; HCl 1/10 n × 90 cmc; eau q. s. 300 cmc); cette expérience pratiquée chez 4 malades n'a donné lieu à aucune réaction. D'autres épreuves ont montré que 20 gr. de foie associés à 20 ou 40 cmc de suc gastrique normal ont un effet comparable parfois à celui de 200 gr. de foie. Par contre 20 gr. de foie sont dépourvus de toute activité, si le suc gastrique auquel on les associe provient d'un sujet atteint d'anémie pernicieuse.

Il a été procédé également à des expériences sur les effets de l'ultrafiltrat de suc gastrique. Le suc gastrique recueilli après injection d'histamine est débarrassé de la pepsine et du lab, puis filtré à travers une membrane de collodion. Cet ultrafiltrat se montre également capable de potentialiser l'action du foie et de provoquer une réticulose caractéristique avec augmentation des érythrocytes et de l'hémoglobine. Enfin ce principe se montre thermostable (80° pendant 30 minutes) en milieu acide.

Il y a lieu de se demander si le principe du suc gastrique est identique à celui qui existe dans le foie. Pour K. et G., il est possible comme semble l'avoir démontré Greenspon que la pepsine soit douée d'une activité antagoniste à l'égard du principe antipernicieux et que, en mettant le suc gastrique en présence de viande, on supprime les effets inhibants de la pepsine.

P.-E. Morhardt.

J. G. G. Borst. ***Rétention de chlorure de sodium et azotémie dans les grandes hémorragies gastriques*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **80**, n° 21, 23 Mai 1936, p. 2310-2319). — Il a été déjà signalé que les grandes hémorragies gastriques entraînent une augmentation de l'urée ainsi que du chlore du sang, ce dernier pouvant atteindre jusqu'à 4,26 gr. (120 milli-équivalents) au lieu de 3,8 gr. (107 milli-équivalents), chiffre normal.

Dans un premier cas de B., il s'agit d'un homme de 45 ans qui entre à l'hôpital pour des vomissements de sang. Comme à l'entrée, l'urine est dépourvue de chlore, on injecte 1500 cmc d'une solution salée, puis on procède à des transfusions du sang. L'examen du sang du malade montre par ailleurs, une forte augmentation du chlore soit du plasma, soit des érythrocytes. Devant cette constatation, on vérifie que les réactifs employés sont convenables et on confirme ainsi les résultats des analyses de l'urine et du sang au point de vue chlore. Le malade meurt d'une nouvelle hémorragie et on constate un ulcère du duodénum dans le fond duquel une artère est ouverte.

A cette observation se joignent 3 autres cas dont les données amènent B. aux constatations suivantes. Chez 4 malades observés peu après une forte hémorragie dans le canal intestinal, on a constaté une augmentation considérable de l'urée du sang. Chez deux de ces malades, cependant, les fonctions rénales étaient normales ou à peu près. Chez le premier sujet, on a pu calculer, étant donné que ce malade a présenté une hémorragie pendant son séjour à l'hôpital, qu'il avait fabriqué 60 gr. d'urée en 16 heures, chiffre à rapprocher des 72 gr. d'urée que représente l'azote contenu dans un litre de sang. Le sang épanché dans l'intestin de même d'ailleurs que les viandes ingérées, sont très rapidement éliminés par l'urine après avoir été transformés en urée.

Au cours de grandes hémorragies, l'hémoglobine du sang peut s'abaisser de plus de 50 pour 100, ce qui signifie que 3 litres de sang au moins ont été perdus dont la moitié, représentant 300 gr. de protéines, peut être résorbée et transformée en urée.

En ce qui concerne l'élévation du chlore du plasma, B. fait remarquer qu'il était de plus de 107 milli-équivalents (3,80 gr.) chez 4 malades, peu après l'hémorragie, alors que cette proportion est au maximum de 107. Le chlore des globules rouges a été deux fois un peu supérieur à la normale (77 et 64 milli-équivalents contre 50 à 62, chiffres normaux).

Le fait le plus remarquable constaté chez ces malades fut la réduction considérable de l'excrétion du chlore au moment précisément où ce corps atteignait la proportion maxima dans le sang; on ne peut pas admettre qu'il s'agissait d'une rétention par troubles fonctionnels des reins, étant donné que dans deux cas, au moins, ces fonctions étaient normales. Il a d'ailleurs été constaté par B. chez 10 hommes jeunes et normaux dont les fonctions rénales étaient supérieures à 50 pour 100, qu'avec une teneur du plasma en chlore de 103 milli-équivalents, il était excrété 10 milli-équivalents par heure. L'élévation du seuil rénal pour le chlore du plasma observée en cas d'hémorragie, n'est vraisemblablement en rapport ni avec l'anémie, ni avec l'abaissement des protéines du sang, ni d'ailleurs avec les faits observés en cas d'affections rénales, de diabète insipide ou de lésion du plancher du 3e ventricule. Chez 2 malades, cependant, l'excrétion de NaCl s'est améliorée aussitôt après une transfusion du sang.

P.-E. Morhardt.

Th. Hart de Ruyter. *Un cas de syndrome de Leyton avec psychose* (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 80, n° 21, 23 Mai 1936, p. 2322-2325). — Leyton a décrit en 1934 un cas qui rappelait cliniquement le syndrome de Cushing et dans lequel il n'y avait pas d'adénome de l'hypophyse, mais une tumeur médiastinale. Ultérieurement d'autres cas du même genre furent publiés dans lesquels on constatait aussi des lésions multiglandulaires et notamment l'augmentation du volume des surrénales.

R. donne l'observation d'une malade 34 ans qui a d'abord commencé à se plaindre de difficultés en avalant et de douleurs en dessous des omoplates ainsi que de palpitations du cœur et de fréquence anormale des mictions qui sont douloureuses.

A l'examen on constate une très forte adiposité qui épargne les extrémités. La barbe et la moustache sont développées. Sur le thorax, principalement au voisinage des clavicules on constate des papules ou pustulo-papules ainsi que des traces plus ou moins anciennes d'hémorragies sous-cutanées.

A l'examen des organes thoraciques on entend un souffle au niveau de tous les orifices du cœur dont la matité se prolonge anormalement vers le haut. La paroi thoracique présente des vergetures.

En outre, la malade qui jusqu'ici avait été bien équilibrée, présente un état psychique à tendance amentielle manifestement symptomatique et caractérisé par la désorientation dans le temps et dans l'espace. L'état s'aggrave et la malade finit par mourir après avoir présenté un état subcomateux.

Malgré un régime strict et 20 unités d'insuline, on avait trouvé dans son urine 0,4 à 0,9 pour 100 de glucose avec acétone. La glycémie avait atteint 1,8 pour 100 et l'urée du sang avait varié de 22 à 45 centigr. par litre. Les rayons Rœntgen avaient montré une selle turcique tout à fait normale et confirmé l'existence d'une tumeur médiastinale que l'examen clinique faisait soupçonner.

A l'autopsie on a constaté l'existence d'une tumeur du thymus, d'une pigmentation de la peau, de pétéchies, de splénomégalie et d'hypertrophie des surrénales. L'absence d'adénome basophile de l'hypophyse a été également confirmée par des coupes en séries.

La tumeur médiastinale qui avait la grosseur d'une orange, était constituée par des amas cellulaires séparés par du tissu conjonctif richement vascularisé. Il s'agit de cellules rondes avec petit protoplasma présentant parfois des phénomènes de mitoses nombreuses. Au centre des amas on constate la nécrose et parfois de la calcification. On n'a pu reconnaître dans ces amas des corps de Hassall vrais.

P.-E. Morhardt.

N. I. Heijbroek. *Le pneumothorax spontané chez les nouveau-nés* (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 80, n° 22, 30 Mai 1936, p. 2468-2475). — H. relève que dans une revue récente sur les causes de la cyanose du nouveau-né, Morgan et Brown ne mentionnent pas le pneumothorax spontané. Cette affection est pourtant connue. G. Scheltema en a publié un cas en 1917. Wiener, J. Enneking, Coccheri et Rossi, Davis et Stevens, J. Glaser et D.-B. Landau, etc., en ont publié également, ce qui permet à H. de réunir ainsi un total de 20 observations auxquelles il en ajoute 3 personnelles. Dans le premier cas, il s'agit d'une primipare dont l'accouchement ne dure que 4 heures. Après expulsion de l'enfant, il apparaît un jet de liquide amniotique chargé de méconium. L'enfant est légèrement cyanosé et sa respiration est accélérée, mais il n'y a pas de vraie dyspnée. Le 4e jour, il apparaît de la fièvre et le 5e jour, en examinant le thorax on constate que la matité du cœur est remplacée par une hypersonorité. Une radiographie faite ce jour-là montre l'existence d'un pneumothorax gauche, avec bulle d'air supérieure et une inférieure. 5 jours plus tard, une nouvelle radiographie montre que ces phénomènes ont disparu et que le cœur a repris sa place normale. Les 2 autres cas de H. sont assez semblables au premier. Les constatations faites soit dans ces trois cas, soit dans ceux qui ont été publiés par d'autres auteurs, montrent que d'une façon générale, le poids de l'enfant est assez élevé. L'accouchement a été 15 fois spontané; 3 fois, il y a eu forceps; et une fois césarienne. Dans 4 cas, il est parlé de circulaires du cordon. De plus, toutes les observations ont signalé dès la naissance une asphyxie plus ou moins marquée. La date où le diagnostic a été fait ne coïncide pas toujours avec les premiers symptômes. Le pneumothorax a siégé 12 fois à gauche, 5 fois à droite et 2 fois des deux côtés; il a été une fois alternant. Le pronostic chez le nouveau-né paraît meilleur que chez les nourrissons plus âgés. Sur les 20 cas réunis, il en est mort 8 et 8 autres ont guéri complètement.

Les causes principales de ce pneumothorax peuvent être réparties en trois groupes : 1° une déchirure d'alvéole; 2° une malformation congénitale du poumon; 3° l'éclatement d'un abcès sous-pleural. On a en effet émis l'hypothèse selon laquelle en soufflant de bouche à bouche, il pourrait se produire une déchirure alvéolaire. Mais le plus souvent cet accident s'observe chez de gros enfants et chez les nourrissons nés plus ou moins asphyctiques, du fait d'un accouchement difficile ou de circulaires du cordon. Il survient ainsi une respiration forcée prématurée capable, selon Carl Ruge (1878), de déterminer un emphysème alvéolaire circonscrit, plus tard interstitiel, suivi d'une rupture de la plèvre et d'hémothorax.

Les symptômes qui doivent faire songer à un pneumothorax sont la cyanose et la dyspnée de degré variable, une voussure marquée unilatérale du thorax, une hypersonorité au niveau de la matité cardiaque ou un déplacement de cette matité et des bruits cardiaques obscurs.

Ce syndrome doit être distingué de l'atélectasie pulmonaire avec emphysème de l'autre côté, de la dextrocardie, de la hernie diaphragmatique, de l'hypoplasie globale d'un poumon et des kystes pulmonaires.

P.-E. Morhardt.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

H. Holmgren. *Recherches sur les variations rythmiques des graisses de l'intestin, du foie et des poumons au cours du nycthémère* (*Acta medica Scandinavica*, Suppl. 74, 202 p., 1936). — Les travaux de Forsgren ont fait entrevoir la rythmicité du fonctionnement du foie qui a été depuis confirmée par plusieurs chercheurs. Il. s'est efforcé ici de mettre en lumière les variations nycthémérales de la teneur en graisse de l'intestin, du foie et des poumons, au moyen d'analyses quantitatives appuyées sur des examens histologiques.

Il a nourri des rats pendant 15 jours avec une alimentation renfermant 20 pour 100 de graisse animale et les a sacrifiés à des heures variées au cours d'une période de 24 heures, puis il a déterminé la quantité de graisse soluble dans l'éther de l'intestin, du foie et des poumons et examine histologiquement la teneur en graisse des mêmes organes. D'autre part, il a dosé le glycogène hépatique et évalué histologiquement sa quantité. Par le même procédé, il a étudié les stades précurseurs de la bile et les granules de zymogène pancréatique.

Ses recherches morphologiques minutieuses sur la résorption des graisses par l'intestin établissent qu'elle procède par étapes dans les cellules épithéliales. Données histologiques et méthodes chimiques montrent des variations rythmiques dans la quantité de graisse au cours de la journée, le taux maximum étant atteint durant la nuit. Faisant varier les facteurs exogènes (horaire des repas, travail, etc.), il a constaté que les différences dans la teneur de la paroi intestinale en graisse, trouvées au cours des 24 heures, ne dépendaient pas de facteurs purement alimentaires, mais de la plus ou moins grande tendance à la résorption aux différents moments, résorption conditionnée par des facteurs de caractère endogène.

Les granules de zymogène du pancréas présentent eux aussi des variations rythmiques au cours du nycthémère, mais qui sont inverses de celles de la graisse de l'intestin. Quand la paroi intestinale renferme beaucoup de graisse, le pancréas ne présente pas de granules, et *vice versa*. Le pancréas réagit de façon différente à des excitations équivalentes quand celles-ci s'exercent à des moments différents.

H. étudie longuement la répartition de la graisse dans le poumon, et spécialement les cellules graisseuses du parenchyme pulmonaire. La quantité de graisse varie durant les 24 heures; elle est à son maximum de 18 à 24 heures, à son minimum de 2 à 8 heures. Il. n'a pas pu établir l'intervention d'une lipopexie dans l'augmentation de la teneur en graisse du poumon.

H. précise la topographie de la graisse et du glycogène dans la cellule hépatique et ses variations dans la journée. La graisse se voit surtout à la périphérie des lobules dans la période de 14 à 18 heures et au centre des lobules de 22 à 2 heures. Histologiquement, on ne constate pas de différence certaine dans la quantité de graisse selon le moment de la journée; il en est de même avec les méthodes chimiques. Par contre, pour le glycogène, analyses chimiques et examens histologiques concordent pour montrer que la teneur maxima en glycogène s'observe de 14 à 24 heures et la teneur minima de 2 à 12 heures. De façon générale, la quantité de glycogène du foie s'abaisse pendant le jour pour atteindre son minimum vers 22 heures, puis remonte ensuite durant la nuit.

La quantité de granules de sécrétion biliaire (stades précurseurs de la bile) présente un maximum vers 8 heures et un minimum vers 22 heures.

P.-L. Marie.

F. Gerritzen (Lunteren, Hollande). ***La diurèse hépatique, conséquence de la fonction rythmique du foie*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 89, nos 1-2, 12 Juin 1936, p. 101-123). — A la suite de ses constatations cliniques et expérimentales Forsgren a émis l'hypothèse du fonctionnement rythmique assimilateur et désassimilateur du foie, se traduisant par une alternance régulière entre l'accumulation du glycogène (phase assimilatrice) et la sécrétion de la bile (phase désassimilatrice).

G. a tenté de mettre en évidence cette fonction rythmique chez l'homme. Il est parti de l'idée que le métabolisme de l'eau doit être impliqué dans ce rythme hépatique. Aussi a-t-il fait boire à 57 sujets 75 cmc d'eau toutes les heures, en prélevant soigneusement l'urine toutes les heures, pendant 24 heures ou davantage. Ayant analysé mathématiquement les matériaux recueillis et calculé la moyenne de la diurèse horaire, G. a constaté que la fonction rythmique du foie se reflète dans la diurèse, mais qu'il existe trois diminutions, à 9 heures, à 13 heures et à 18 heures, qui sont dues à ce que les aliments doivent être dissous et à ce que, du liquide supplémentaire n'étant pas pris aux repas, l'eau doit être empruntée à l'organisme et se trouve ainsi soustraite à la diurèse.

Une seconde série d'expériences portant sur 35 sujets montra que les repas ont bien cette influence sur la diurèse. Lors de ces expériences, qui durèrent 27 heures, on donna à manger et à boire la même quantité toutes les heures. Les résultats obtenus semblent établir que la fonction rythmique du foie, démontrée chez l'animal par Forsgren, existe également chez l'homme.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

J. Lévesque. ***A propos de 15 observations d'acrodynie*** (*Le Bulletin Médical*, t. **50**, n° 23, 6 Juin 1936, p. 382-384). — En quatre ans, L. a observé 15 enfants atteints d'acrodynie. Dans 12 observations, le tableau clinique s'est complété en dix jours environ. Trois sujets ont présenté des formes atypiques. Une forme douloureuse, abdominale, pseudo-tabétique, une acrodynie dont le signe majeur était une myasthénie considérable, avec douleurs des membres. La troisième, encore plus atypique, se signalait par un état d'agitation extraordinaire: colère et cris jour et nuit; l'enfant s'effondrait si on le mettait debout, il présentait une asynergie des membres supérieurs, ne pouvant atteindre aucun objet; il avait enfin une dyspnée pharyngée avec tirage, inspiration sifflante et cyanose. Cet enfant a guéri en quinze jours sans présenter d'autres signes caractéristiques qu'une tension artérielle à 18.

Outre les signes périphériques, la tachycardie n'a qu'une valeur relative chez un enfant qui crie et se débat. L'enfant a cependant un syndrome assez spécial: psychisme fait de tristesse, aspect misérable, anorexie, insomnie, myasthénie. Le plus souvent, c'est l'élévation de la tension artérielle qui vient affirmer le diagnostic.

Un seul cas a eu une évolution grave: plaque de nécrose au niveau des doigts, abcès du dos de la main. 8 enfants ont guéri plus ou moins rapidement entre un mois et quatre mois. 6 n'ont pas été revus.

La maladie a un maximum hiberno-vernal.

Son expérience de la thérapeutique de ces syndromes fait préférer à L., comme plus actifs que les autres médications, les bains carbo-gazeux, l'acétylcholine et la diathermie.

Robert Clément.

L'ÉCHO MEDICAL DU NORD
(Lille)

Ch. Gernez et **Ch. Marchandise.** ***La fièvre provoquée. Ses conséquences physiologiques, biochimiques et immunologiques*** (*L'Echo Médical du Nord*, t. **5**, n° 22, 31 Mars 1936, p. 920-935). — L'hyperthermie détermine d'abord une hyperémie intense. La vasodilatation périphérique s'accompagne d'une diminution de la tension artérielle, une augmentation de l'indice oscillométrique et de la tension veineuse. L'accélération du cœur entraîne une augmentation de la vitesse de circulation et du débit cardiaque. Le nombre des globules rouges et des plaquettes augmente. Après leucopénie initiale, avec diminution des lymphocytes, il y a hyperleucocytose. La coagulation sanguine est très augmentée. L'indice réfractométrique du sérum est diminué ainsi que le pH.

Les échanges respiratoires sont accrus ainsi que le métabolisme basal. Le glycogène disparaît au niveau du foie. On observe de l'hypofonctionnement thyroïdien, de l'hypersécrétion adrénalinique et une activation de la cortico-surrénale. L'hyperthermie entraîne aussi une diminution de l'excitabilité du système vagal, l'inhibition du centre respiratoire bulbaire, quand elle atteint de façon durable 5° au-dessus de la normale. La sudation est abondante avec élimination d'acide lactique.

L'hyperthermie détermine un abaissement de la réserve alcaline; G. et M. ne sont pas d'accord sur son influence sur l'urée sanguine, la cholestérolémie, le métabolisme minéral.

Chez l'animal, la fièvre empêche les manifestations du choc anaphylactique, mais il ne s'agit là que d'une inhibition transitoire. L'hyperthermie apporte une telle modification des sensibilisatrices antisyphilitiques que pour des réactions comme celles de Bordet-Wassermann ou de Kahn, l'hyperthermie peut réactiver des réactions négatives ou négativer des réactions positives. Pour des réactions non spécifiques comme celles de Vernes, les modifications sériques sont telles qu'elles peuvent atteindre celles que l'on observe chez les tuberculeux évolutifs.

Enfin, chez 20 sujets, G. et M. ont pu constater que l'hyperthermie provoquée détermine toujours une anergie cutanée transitoire, absolue pour les cuti-réactions et les intra-dermo-réactions à doses faibles de tuberculine, relative pour les intra-dermo-réactions à doses fortes. Cette anergie est transitoire, elle est proportionnelle à la durée et à l'intensité de la poussée thermique.

Robert Clément.

Ch. Gernez. ***La désensibilisation anaphylactique. Sa durée et les limites de son efficacité. Applications pratiques*** (*L'Echo du Nord*, t. **5**, n° 22, 31 Mars 1936, p. 936-958). — Des expériences poursuivies sur le cobaye ont montré que la désensibilisation anaphylactique par la méthode classique de Besredka protège l'animal sensibilisé contre l'injection intra-veineuse d'une dose minima mortelle pour le cobaye témoin non désensibilisé et que cette protection peut s'étendre au delà de 14 jours. La désensibilisation anaphylactique dépend de la quantité de sérum employée. Pour une même dose totale de sérum, la protection obtenue est plus efficace lorsque la désensibilisation a été effectuée par l'injection successive de sérum sous la peau, puis dans le péritoine, que lorsque le sérum a été injecté en une seule fois sous la peau.

Chez des animaux désensibilisés avec des doses élevées de sérum, puis éprouvés avec une forte dose de sérum, la protection n'est déjà plus absolue dès le 5e jour et la mort survient par choc anaphylactique typique dès le 6e. Chez les animaux moins solidement vaccinés, l'injection, dès le 3e jour, provoque des accidents mortels.

Un choc anaphylactique, provoqué par de petites doses de substances sensibilisantes, ne protège pas à coup sûr contre les effets d'une injection ultérieure plus importante que cette même substance.

Le degré de protection réalisé par la désensibilisation anaphylactique varie encore avec le mode d'introduction de la substance désensibilisante. La voie veineuse est plus efficace, plus rapide et aussi plus dangereuse que la voie sous-cutanée. La désensibilisation par voie épidermique ou par voie rectale est pratiquement inopérante. La désensibilisation par voie sous-cutanée n'est réellement effective que plusieurs heures après l'injection désensibilisante; elle est plus solide quand elle est réalisée par des injections subintrantes que par une injection unique.

La vaccination antianaphylactique ne réalise pas un retour à l'état normal, mais seulement un état de protection passagère qui masque momentanément la sensibilisation initiale.

L'état d'immunité n'a pas une durée univoque de 10 à 14 jours, il peut ne pas durer plus de 2 à 3 jours si la substance sensibilisante pénètre à nouveau dans l'organisme à doses massives.

Robert Clément.

M. Cochard, J. Jacquier et **E. Balgairies.** ***Un cas de parkinsonisme manganique*** (*L'Echo Médical du Nord*, t. **6**, n° 29, 19 Juillet 1936, p. 69-71). — Un an après son entrée dans une entreprise de broyage de minerai de manganèse, un jeune ouvrier chargé de la mise en sac et du transport du minerai broyé, travail s'effectuant au milieu d'un nuage de poussière abondante et ténue, présenta du dérobement des jambes en même temps que de petites douleurs dans les muscles du bras droit. Pendant 9 mois de repos, il présenta encore, de temps à autre, du dérobement des jambes. A ce moment, les troubles du membre supérieur droit persistent et, en outre, des modifications dans la parole s'installent en 15 jours, pour ne plus rétrocéder.

L'examen un an après le début des accidents permet de porter le diagnostic de parkinsonisme manganique. Il en présente les troubles de la marche, les modifications du faciès, les altérations de la voix et de la parole, les tremblements, les troubles sensitifs subjectifs et les troubles psychiques. Il existe de plus un caractère propre au parkinsonisme manganique, particularité de la démarche: le « pas de coq », caractérisé par « l'appui sur l'articulation métacarpo-phalangienne, le malade marchant sur le bord externe du pied, les jambes en extension extrême sur l'articulation du genou et en rotation interne.

La présence de manganèse dans l'urine et dans les selles permit de signer l'affection.

La maladie ne frappe pas également tous les ouvriers travaillant dans les mêmes conditions. Peut-être pour expliquer ce fait, faut-il faire appel à une sensibilisation du système nerveux par des habitudes alcooliques, ce qui était le cas du malade. L'évolution est presque toujours chronique et progressive. D'une manière générale, la maladie une fois installée ne rétrocède pas, même si le malade est retiré du milieu toxique.

Il s'agit là d'une maladie professionnelle, d'un diagnostic difficile, surtout au début en raison du polymorphisme des signes présentés, dont la déclaration en France n'est pas obligatoire et qu'il ne faut pas méconnaître.

Robert Clément.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Dumitresco-Mante (Bucarest). ***La néphrite azotémique silencieuse de la pneumonie*** (*Annales de Médecine*, t. **39**, n° 5, Mai 1936, p. 461-474). — Depuis la thèse de Caussade (1890), grâce à de nouveaux moyens d'investigations et notamment au dosage courant de l'urée sanguine, de nombreux travaux récents ont paru sur le sujet.

L'azotémie observée au cours de la pneumonie est avant tout d'ordre rénal: les recherches sur la valeur de la fonction uréo-sécrétoire chez les pneumoniques démontrent en effet l'atteinte quasi constante de cette fonction. D'autres facteurs, oligurie, désassimilation tissulaire et chloropénie peuvent d'ailleurs intervenir dans la production de l'hyperazotémie pneumonique.

D.-M. décrit ce type sous le nom de *néphrite azotémique silencieuse de la pneumonie*. Muette cliniquement, elle se trouve dans 70 pour 100 des cas, en examinant méthodiquement la teneur en urée du sang des pneumoniques.

L'évolution de cette néphrite pneumonique est dans la grande majorité des cas discrète, restant silencieuse jusqu'à la fin. Dans les cas de pneumonies sévères et compliquées, la néphrite peut



s'aggraver, abandonner son caractère caché et devenir une vraie néphrite urémigène.

Le pronostic est en apparence bénin. Mais le rein peut rester sensibilisé de sorte que des causes insignifiantes sont susceptibles de provoquer ultérieurement des troubles fonctionnels rénaux dont l'origine première est l'ancienne néphrite pneumococcique. Aussi convient-il de la dépister au cours de la pneumonie et d'instituer toutes mesures diététiques et prophylactiques destinées à l'empêcher d'évoluer.

L. Rivet.

G. de Morsier et **J.-J. Mozer** (Genève). ***Lésions cérébrales mortelles par hypoglycémie au cours d'un traitement insulinique chez un morphinomane*** (*Annales de Médecine*, t. **39**, n° 5, Mai 1936, p. 474-488). — De M. et M. relatent l'observation d'un médecin, morphinomane depuis de nombreuses années, qui, pendant une cure de sevrage, fut mis aux injections d'insuline (20 unités par jour en deux fois). Un soir, il se fit au lit une injection de 100 unités, dose considérable surtout pour un homme non diabétique, et semble s'être endormi aussitôt après la piqûre, sans avoir absorbé de sucre, et être tombé rapidement dans le coma, ce dont on ne s'aperçut que le lendemain matin. Malgré le traitement, malgré les injections de glucose qui ont rapidement fait disparaître l'hypoglycémie, le coma persista, s'accompagna d'hyperthermie et aboutit à la mort.

L'autopsie confirma que le sujet était parfaitement sain. Les examens histologiques du cerveau ont montré la localisation principalement péri-vasculaire des lésions. Celles-ci sont semblables à celles que Stieff et Tokay ont obtenues expérimentalement chez l'animal. Elles prouvent que l'atteinte du système nerveux s'effectue par voie sanguine.

De tels faits doivent mettre en garde contre les risques d'une cure insulinique chez les individus non diabétiques, dans la toxicomanie, les psychoses et les névroses, cures qui sont pratiquées maintenant de plus en plus fréquemment, avec des résultats d'ailleurs fort intéressants. De telles cures ne doivent être pratiquées que dans des conditions permettant une surveillance médicale constante.

L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

J. Ducuing et **F. Fabre** (Toulouse). ***La phase duodénale paralytique chronique*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **26**, n° 6, Juin 1936, p. 625-651). — On a surtout décrit les sténoses organiques sous-vatériennes; mais il existe une stase duodénale chronique *sans obstacle*, que D. et F. considèrent comme une stase paralytique, et qui serait assez fréquente, pour peu que l'attention soit attirée sur un syndrome qui rappelle celui des sténoses *vraies*, mais qui s'accompagne d'une atteinte prononcée de l'état général.

L'examen radiologique confirme la stase, l'antipéristaltisme et le reflux.

Les constatations opératoires restent négatives quant à l'existence d'un obstacle quelconque. Le duodénum est dilaté et on trouve presque toujours les ganglions hypertrophiés au voisinage, mais qui n'exercent sur le duodénum aucune compression.

D. et F. pensent qu'il s'agit d'une stase paralytique secondaire à des lésions du péritoine, des organes génitaux ou de l'intestin.

Le traitement médical est rarement efficace. D. et F. préconisent le traitement chirurgical, et comme intervention la duodéno-jéjunostomie.

Dans les 5 observations qu'ils rapportent, la gastro-entérostomie a été pratiquée trois fois, la duodéno-jéjunostomie deux fois. Les résultats immédiats sont en général bons, mais sauf dans un cas, les résultats éloignés semblent assez médiocres.

J. Okinczyc.

REVUE NEUROLOGIQUE (Paris)

Cl. Vincent et **Ludo Van Bogaert**. ***Contribution à l'étude des syndromes du globe pâle. La dégénérescence progressive du globe pâle et de la portion réticulée de la substance noire (Maladie d'Hallervorden-Spatz)*** [*Revue neurologique*, t. **65**, n° **5**, Mai 1936, p. 921-960]. — V. et V. B. rapportent l'observation anatomo-clinique très complète d'un cas de maladie d'Hallervorden-Spatz. Il s'agit d'une jeune fille morte à l'âge de 23 ans, qui présenta dès l'enfance des mouvements involontaires du tronc, des troubles de la marche, une agitation psychique, ayant d'abord fait penser à une chorée atypique. Puis s'installa progressivement une hypertonie généralisée prédominant au tronc et à la face, rendant la parole et la déglutition très difficiles, s'exagérant par crises, avec des mouvements involontaires, et des syncinésies. L'hypercinésie l'emportait sur la rigidité. Aucun signe pyramidal. Pas de cas analogue dans la famille.

L'examen anatomique montra l'existence d'une lésion systématisée au globe pâle, aux éléments réticulés du locus niger, avec état dysmyélinique du pallidum et dégénérescence secondaire de l'anse lenticulaire. Les autres noyaux gris centraux, l'écorce, le cervelet et les voies pyramidales sont intactes.

Histologiquement, la lésion pallidale consiste surtout en une surcharge lipo-pigmentaire touchant également les éléments ganglionnaires et gliaux. Certaines cellules sont l'objet d'une lyse hyaline avec surcharge de granulations basophiles. L'involution du parenchyme pallido-réticulé abandonne après elle un amas de substances désintégratives dont la plus grande partie montre une réaction ferrique prononcée. L'organisation glio-fibrillaire secondaire est peu dense. Modifications insignifiantes de l'appareil vasculaire.

A propos de cette observation, V. et V. B. passent en revue les diverses observations d'états dysmyéliniques des corps opto-striés qui ne semblent pas constituer un tout homogène. Ils montrent également les points qui rapprochent et séparent cette observation de la paralysie agitante juvénile de Ramsay Hunt.

H. Schaeffer.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

Fr. Klein. ***Influence de l'urine de gestante et du prolan sur le thymus de cobaye*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 11, 14 Mars 1936, p. 371-375). — Bien que l'influence de l'hypophyse sur le thymus ait été mise en évidence par la clinique, néanmoins, jusqu'ici il n'a pas été procédé à des recherches expérimentales sur cette question. K. a cherché à combler cette lacune en préparant une suspension d'hypophyse de bœuf broyée qu'il a administrée par injection à des cobayes mâles et femelles. Mais les animaux ne supportèrent pas ce traitement. K. a eu alors recours à l'urine de gestante à des doses qui ont varié de 8 à 32 cmc à raison de 1 cmc par semaine. Chez les cobayes de 100 à 390 gr. qui furent utilisés pour ces expériences, le thymus est constitué presque exclusivement par du tissu parenchymateux. Or, sous l'influence de ce traitement, on a constaté que chez les femelles, l'écorce du thymus est nettement amincie, que la quantité de corps de Hassal est augmentée et que le tissu parenchymateux est fortement réduit. Cette atrophie s'accentue avec le nombre des injections, si bien que le thymus finit par être constitué principalement par le tissu conjonctif riche en graisse. Chez les animaux mâles, les modifications du thymus sont à peu près les mêmes.

D'autre part, les ovaires des femelles ainsi traitées sont le siège de processus de maturation (maturation folliculaire, lutéinisation, points hémorragiques), d'ailleurs identiques à ceux qui sont observés après administration de prolan. L'administration de prolan à dose de 1.000 unités-rat à des femelles provoque également des modifications du thymus et notamment la réduction des lobules, l'augmentation du tissu conjonctif, la réduction de l'écorce, etc.

Il semble que la réduction du thymus déterminée soit par le prolan, soit par l'urine de gestante, puisse être utilisée en thérapeutique, puisque l'ablation du thymus dans la myasthénie est conseillée par certains auteurs.

P.-E. Morhardt.

Féix Œfelein. ***Augmentation alimentaire de la glycémie dans les affections des reins et sa signification pour les échanges sucrés*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 12, 21 Mars 1936, p 407-409). — A diverses reprises, l'attention a été attirée sur l'influence des reins dans le diabète. A ce propos, O. expose que chez une série de malades atteints d'hypertension rouge avec reins fonctionnant à peu près normalement, l'hyperglycémie provoquée a varié de 165 à 180. Il en a été tout autrement chez les sujets atteints de sclérose rénale maligne. Chez un homme de 51 ans, à pouls dur et tendu, à pression sanguine de 280-200, présentant de l'isosthénurie et de l'albuminurie (1 à 2 pour 1.000), on a constaté que l'administration de glucose détermine une ascension considérable de la glycémie (plus de 3 gr. par litre) avec retour à la normale en trois heures. Il en a été de même chez une série de sujets présentant la même affection et sans que jamais on ait observé de la glycosurie malgré des glycémies atteignant jusqu'à 3 gr. 5.

En cas de glomérulonéphrite, la glycémie provoquée donne une courbe très semblable atteignant dans un cas 4 gr. 40 sans glycosurie. Cette absence de glycosurie malgré l'élévation considérable de la glycémie montre, avec une très grande vraisemblance, que les reins interviennent d'une façon significative dans les échanges sucrés. O. est amené à se demander si les reins ne seraient pas chargés d'envoyer des signaux d'alarme au pancréas pour faire mettre l'insuline en circulation, signaux qui ne seraient pas donnés à temps en cas de lésions parenchymateuses des reins. Les variations de cette fonction expliqueraient que chez les sujets normaux, le même repas sucré détermine des glycémies de degrés divers. Les hyperglycémies observées à la suite de processus toxiques ou infectieux auraient également pour origine un trouble rénal.

Dans la néphrose, par contre, on observe après repas sucré une glycosurie considérable sans hyperglycémie.

P.-E. Morhardt.

G. Török et **L. Neufeld**. ***Carence de vitamine C pendant la gravidité*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 12, 21 Mars 1936, p. 417-419). — On ne possède encore aucune méthode chimique sûre, cliniquement utilisable de détermination de la vitamine C. C'est ce qui, d'après T. et N., explique les résultats contradictoires trouvés par divers auteurs. Ils ont donc eu recours à la méthode biologique qu'ils ont proposée et qui est fondée sur l'observation d'après laquelle l'acide ascorbique administré par voie intraveineuse élève le pouvoir catalytique du sang qui est diminué chez les animaux soumis à un régime sans vitamine C.

En ce qui concerne les gestantes, il y a un intérêt particulier à rechercher chez elles l'existence d'une hypovitaminose C étant donné qu'on a cherché à établir un rapport entre cette hypovitaminose et les troubles de la pigmentation cutanée ou encore les besoins élevés du fœtus en vitamine C ou enfin les effets favorables obtenus dans la toxicose gravidique par l'acide ascorbique.

Il a été examiné au total 75 gestantes chez lesquelles la catalase du sang a été trouvée non pas plus faible, mais au contraire un peu plus élevée que chez les femmes normales d'après les chiffres trouvés par Bach-Levinger. Mais cette constatation n'est pas décisive car on peut trouver une proportion élevée de catalase sanguine même dans des états de carence en vitamine C. Néanmoins, chez leurs gestantes T. et N. ont pu, par injections intraveineuses de 150 milligr. d'acide ascorbique, augmenter 16 fois (21,3 pour 100) la catalase du sang. Dans 12 cas, on a pu vérifier si une seconde injection était capable de faire encore une fois monter la catalase du sang et les résultats ont été négatifs, montrant que l'organisme avait été vraiment saturé de vitamine C par la première injection. L'administration de cette vitamine est donc indiquée particulièrement pendant les mois d'hiver à la dose de 350 milligr. d'acide ascorbique en dix jours.

P.-E. MORHARDT.

Ken Kuré, S. Okinaka, K. Ohshima, T. Shimamoto et **D. Okamura.** ***Elévation de la pression du sang en cas d'excitation des surrénales et d'hyperadrénalinémie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 14, 4 Avril 1936, p. 477-481). — K. et ses collaborateurs ont tout d'abord étudié la sensibilité des réactions présentées par la veine de l'oreille de lapin ou par la pression sanguine du chien sous l'influence de l'adrénaline. Cette méthode dérive de celle de Krowkow-Pissemski, et permet de déterminer la proportion d'adrénaline injectée, par exemple, à un chien.

Elle a permis, en outre, de constater que l'écrasement du bulbe médulaire élève appréciablement le taux de l'adrénaline du sang. Cette élévation ne s'observe pas au cours de l'augmentation de la pression du sang qui survient chez les chiens après excitation du splanchnique. Le badigeonnage à la nicotine des surrénales détermine une élévation de la pression du sang qui est généralement parallèle à l'augmentation de l'adrénaline du sang. L'application d'acétylcholine sur les surrénales déclanche également de l'hyperadrénalinémie et de l'élévation de la pression du sang. L'excitation du sphanchnique après administration d'ésérine a des effets moindres qu'avant.

En somme, grâce à la méthode de Krawkow-Pissemski on a déterminé l'hyperadrénalinémie chez le chien comme chez l'homme. Néanmoins, une hyperadrénalinémie peut s'observer sans qu'il y ait hypertension. On pourrait penser alors soit que l'adrénaline n'existe pas dans le sang sous sa forme habituelle, soit que l'adrénaline ne peut pas être déterminée en totalité. Dans tous les cas, on est amené à admettre que les surrénales sécrètent une substance agissant plus fortement sur les vaisseaux de l'animal lui-même que sur l'oreille de lapin.

Ces recherches ont également montré que l'atropine inhibe certaines hypertensions.

P.-E. MORHARDT.

Ken Kuré, Kenji Yamagata, Sanshi Tsukada et **Jiro Hiyoshi.** ***Dysphagie œsophagienne dans la sclérodermie et dans la dystrophie musculaire progressive*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 15, 11 Avril 1936, p. 516-520). — La dysphagie a été signalée à diverses reprises dans la sclérodermie. Dans un cas de dystrophie musculaire progressive observé par K. et ses collaborateurs, on a constaté effectivement de la dysphagie, ce qui a amené à procéder à des recherches d'ensemble sur cette question. Pour cela, on a administré une bouillie opaque d'une composition spéciale grâce à laquelle on a pu calculer, soit chez les sujets sains, soit en cas de dysphagie, le temps que le bol met pour traverser les divers segments œsophagiens. Chez 17 sujets sains, la période buccopharyngienne dure de 1 à 2 secondes, le « temps d'atteinte » (de l'ombre du diaphragme) 4,2 à 10,8 secondes et le « temps de transit total » 5,2 à 13 secondes.

Dans le décubitus dorsal, ces temps sont prolongés et on observe souvent que le bol alimentaire constitue un enduit persistant sur les parois de l'œsophage.

Les observations faites chez 5 sujets atteints de sclérodermie ont montré que la dysphagie œsophagienne en cas de sclérodermie n'a été accompagnée de sensations subjectives que 2 fois sur 5. La période buccopharyngienne peut se prolonger et le bol se fragmenter pour être transporté par l'œsophage. Le transit œsophagien est souvent ralenti surtout dans le décubitus dorsal. Des fragments du bol restent adhérents aux parois, alors que, normalement, l'œsophage se contracte aussitôt après le passage du bol. En outre, au niveau des sténoses physiologiques, notamment au niveau de l'arc aortique, le bol se partage, une partie cessant de progresser, l'autre ayant déjà quitté l'œsophage. En même temps, la longueur du bol augmente et peut atteindre les dimensions de l'œsophage tout entier. Néanmoins, dans aucun des 5 cas, il n'a été observé de sténose vraie. Il est très vraisemblable que la cause principale de cette dysphagie relève d'une augmentation du tissu conjonctif de la région intéressée.

Il est également donné l'observation de 9 cas de dystrophie musculaire progressive qui ne présentaient aucune sensation subjective anormale relativement à la déglutition. La période buccopharyngienne était cependant un peu prolongée chez 5 malades et dans un cas d'une façon très nette. Il en était de même pour le « temps d'atteinte » ainsi que pour le temps de transit total. De plus, le passage du bol se faisait d'une façon irrégulière. La péristaltique a été 6 fois assez faible. Cette dysphagie de la dystrophie a une certaine analogie avec celle de la sclérodermie. Dans cette dernière cependant, l'œsophage reste longtemps béant après le passage du bol, probablement parce que la paroi de l'œsophage est alors devenue plus rigide du fait de l'augmentation du tissu conjonctif.

P.-E. MORHARDT.

M. Bürger et **W. Schrade.** ***Modifications du temps de coagulation par l'alimentation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 16, 18 Avril 1936, p. 550-554). — B. et S. divisent comme Fonio les phénomènes de la coagulation en quatre phases : une première phase, celle qu'ils ont surtout étudiée, est constituée par le temps qui s'écoule entre la prise de sang et l'apparition des premiers filaments de fibrine. La seconde phase, la durée de la coagulation, va de l'apparition de ces premiers filaments à la coagulation complète. La troisième correspond à la rétraction du caillot, etc.

Tout d'abord, il a été constaté que la première phase a une durée très constante chez le même sujet à jeun. Par contre, chez les psoriasiques auxquels il est administré un repas riche en graisse (100 gr. d'huile d'olive), on a constaté que trois heures environ après ce repas il y a raccourcissement de la première phase, le retour à la normale se faisant au plus tard en huit heures. Ce raccourcissement est en moyenne de 31 pour 100 du chiffre initial. En somme, la courbe de cette première phase est précisément inverse de la lipémie observée sous l'influence du repas et rendue manifeste par le trouble du sérum. C'est surtout le comportement des phosphatides qui est intéressant. Ces corps ont été trouvés augmentés même quand il était administré exclusivement de l'huile d'olive sous l'influence de laquelle leur proportion passait de 1,871 à 2,550 pour 100. Sur 100 repas, cette augmentation des phosphatides a été constatée 86 fois et a été en général de 10 pour 100 et davantage et c'est toujours avec le maximum de la phosphatidémie que coïncide le maximum de l'accélération de la première phase.

La richesse en thrombine du sérum mesurée par la méthode de Wöhlisch augmente avec la lipoïdémie. A propos d'expériences de ce genre, il y a lieu de noter que dans bien des maladies (cirrhose du foie, ictère, maladie de Banti), la résorption des graisses se fait mal et l'hyperlipémie ne se produit pas. L'accélération de la coagulation déterminée par l'huile a un intérêt thérapeutique, notamment dans le traitement de l'ulcère peptique.

Il a été fait des expériences avec le glucose. Mais les résultats ont été négatifs. La pectine, qui est une hémicellulose, se montre capable de raccourcir le temps de coagulation. Les protéines sont sans effet, mais l'histidine détermine une forte accélération de la première phase et il y a lieu de noter à ce sujet que la globine est très riche en histidine et qu'au cours de la désintégration de l'hémoglobine qui survient après hémorragie, des substances capables d'activer l'hémostase se trouvent libérées. Le lait est également capable de raccourcir le temps de coagulation probablement à cause de la présence de caséine riche en histidine.

P.-E. MORHARDT.

Hans Glatzel. ***Pourquoi la teneur en chlore du sérum du sang s'abaisse-t-elle après les repas?*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 16, 18 Avril 1936, p. 555-559). — On a constaté que le chlore du sérum du sang s'abaisse après les repas. Or, les chlorures totaux du suc gastrique font au maximum 0,6 pour 100 et la quantité sécrétée en trente minutes fait au plus 200 cmc, soit 1,2 gr. de Cl. quantité qui doit être prélevée sur le sang et peut-être aussi sur les réserves probablement constituées dans la muqueuse gastrique elle-même. Enfin, il y a lieu de noter que la résorption du sel arrivé avec les aliments commence à s'opérer très vite après l'injection. Ainsi, les explications qu'on a données sur les raisons pour lesquelles le chlore du sang diminue après les repas ne sont pas très satisfaisantes. Il s'agit, en effet, d'une diminution de l'ordre de 20 à 50 milligr. de chlore pour 100 gr. avec retour à la normale en une heure et demie à deux heures. Après ingestion d'une infusion les chlorures du sang ne s'abaissent pas, bien qu'en pareil cas, il soit sécrété du suc gastrique. On est donc en droit de se demander si vraiment du chlore est prélevé sur celui du sang dans le but de fabriquer le suc gastrique. Pour que le Cl du sérum s'abaisse, il faut que les pertes de chlore soient très élevées et réalisées, par exemple au moyen d'une injection d'apomorphine. Les quantités de chlore ainsi éliminées sont alors beaucoup plus élevées que celles qui passent dans l'estomac sous l'influence de la sécrétion gastrique. De même, en prélevant d'une façon continue pendant une heure le suc gastrique sécrété, ce qui représente 0,5 à 1 gr. de Cl, on n'arrive pas à déterminer une chute des chlorures du sang ni des variations dans la glycémie ou l'hydrémie.

En même temps que des variations des chlorures du sang, on constate, sous l'influence d'un repas abondant et normalement salé, que les chlorures du sang atteignent un maximum en vingt minutes tandis que la glycémie commence à s'élever un peu plus tard mais d'une façon plus marquée. Ce comportement antagoniste doit être rattaché à une relation entre le métabolisme du chlore et celui des hydrates de carbone. On a d'ailleurs souvent constaté que l'hypochlorémie par manque de sel s'accompagne d'hyperglycémie. Il a de même

été démontré par de nombreux auteurs que l'injection intraveineuse lente de glucose fait diminuer le chlore du sérum du sang et du canal lymphatique. On doit de même admettre que chez les diabétiques, les effets de l'insuline sont renforcés par la présence de chlore et enfin un régime riche en hydrates de carbone réduit l'excrétion de chlore.

Dans certaines maladies infectieuses comme l'érysipèle, la fièvre récurrente, la fièvre typhoïde et surtout dans la pneumonie, la sécrétion de chlore est extrêmement réduite. Chez les gestantes, la rétention du chlorure de sodium est due, non pas à une lésion rénale, mais à un facteur tissulaire. On sait, par ailleurs, que la glycosurie est si fréquente chez les gestantes qu'elle a pu être utilisée comme diagnostic et que l'hypophyse agit également sur la teneur en chlore et sur la teneur en sucre du sérum du sang. L'hyperglycémie adrénalinique s'accompagne de variations dans la sécrétion de Cl. Il n'est pas non plus impossible qu'il y ait une périodicité de vingt-quatre heures pour le sucre et le chlore. L'excrétion du chlore serait particulièrement faible pendant la nuit.

P.-E. Morhardt.

A. Schretzenmayr. ***Le rôle des artères moyennes et grandes dans la régulation de la circulation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 18, 2 Mai 1936, p. 625). — Le but de la circulation se termine dans le système capillaire où les échanges nécessaires entre sang et tissu s'accomplissent à travers la paroi vasculaire. La régulation de ces échanges peut, dans ces conditions, être réalisée par une modification soit de la perméabilité, soit encore de la dimension de cette paroi. Des dispositifs divers peuvent donc intervenir plus ou moins directement pour régler ces échanges. A ce point de vue, les artères petites ou très petites peuvent, en augmentant ou en diminuant l'arrivée du sang dans les capillaires, agir fortement sur la nutrition des tissus.

S. a été ainsi amené à étudier l'hémodynamique de ces artères pour voir comment elles accomplissent leurs fonctions. Pour cela, il a utilisé une méthode, l'« oncométrie artérielle », qui permet de déterminer *in situ*, d'une façon continue, les modifications des dimensions des artères. Il a été ainsi constaté, par exemple, dans une expérience sur le chat, que l'introduction de bouillon tiède dans le grêle détermine une augmentation de la lumière des artères qui débute au bout de 40 secondes et qui se maintient ensuite assez longtemps, évidemment pour favoriser la sécrétion intestinale qui se produit à ce moment-là. En réalisant une asphyxie tissulaire par pincement, on constate également une dilatation des artères susjacentes qui ne peut pas être attribuée à l'intervention elle-même ni à l'élévation de la pression sanguine, ni à l'asphyxie locale de l'artère. Le facteur qui agit est l'insuffisance de sang dans les tissus, insuffisance qui détermine une excitation de dilatation centrale pour que les éléments nutritifs dont le tissu a besoin continuent à lui arriver. Les faits de ce genre s'observent particulièrement bien sur les muscles striés. En pareil cas, le mécanisme de la dilatation des artères se produit vraisemblablement par l'apparition de produits du métabolisme et réalise ainsi une diffusion du réflexe de nutrition de W. R. Hesse. Mais ces réactions ne sont pas simplement locales et dues à des réflexes d'axone. On constate en effet, dans certaines expériences, que l'acide carbonique agit sur l'aire splanchnique pour dilater les grosses artères intestinales et augmenter modérément la pression du sang, ce qui doit être considéré comme l'expression d'une action directe de CO^2 sur le centre de vasomoteurs car une injection sous-occipitale de novocaïne fait cesser l'action de CO^2. Une excitation faradique passagère du nerf splanchnique détermine, après une dilatation, une constriction qui persiste encore après l'excitation. Il est établi effectivement que dans ce nerf, il existe des fibres dilatatrices qui entrent en action une fois que la constriction a cessé de se produire.

A côté de ces phénomènes on constate de la vasoconstriction bilatérale, de la vasoconstriction collatérale, etc. De plus, les hormones jouent un rôle important et plus spécialement l'adrénaline ainsi que la choline. D'autres encore comme l'histamine, l'acide adénosinéphosphorique, la tonéphine, la pitressine, la padutine peuvent également agir sur les grosses et moyennes artères mais à un moindre degré.

P.-E. Morhardt.

A. Schretzenmayr. ***Le rôle des artères moyennes et grosses dans la régulation de la circulation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 19, 9 Mai 1936, p. 670). — Le fait établi dans la première partie de ce mémoire, que les grosses artères sont soumises à des régulations locales en même temps qu'à des régulations générales, conduit à des phénomènes d'interférence où les besoins locaux s'opposent aux besoins généraux. Ainsi, par exemple, la réaction vasculaire déterminée par l'adrénaline diminue activement la lumière des vaisseaux mais en même temps l'excès de pression dilate passivement les vaisseaux. La seconde de ces deux réactions prédomine sur les artères intestinales et rénales, la première sur la carotide et la fémorale. Effectivement, les organes dont l'irrigation présente un intérêt vital notamment pour la défense à l'égard des agents externes ne peuvent être diminués. Il faut ainsi arriver à admettre que l'organisme, sous l'influence d'une excitation générale, utilise l'influence dilatatrice directe de la pression hydrostatique pour réaliser un état spécial de la circulation.

Un exemple des ces phénomènes est fourni par les rênes de la pression sanguine dont le caractère interférent est particulièrement net : au cours d'une élévation de la pression du sang sous l'influence de l'adrénaline, l'excitation des récepteurs presseurs se manifeste par un abaissement de la pression. D'autres processus d'interférence sont plus étroitement associés à un organe déterminé. Telle est par exemple l'action de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse sur la circulation rénale : à une concentration convenable, cet extrait est fortement vasoconstricteur mais néanmoins augmente la diurèse. Il y a ainsi interférence entre les effets vasoconstricteurs et le « réflexe de nutrition » de W. R. Hess.

Dans l'ensemble, ces réactions mettent bien en évidence les puissantes fonctions actives des sections vasculaires qui jusqu'ici étaient considérées comme ayant des fonctions purement passives. Effectivement, de l'aorte aux capillaires, l'arbre vasculaire artériel doit être considéré comme une unité de régulation. Grâce à lui, l'organisme arrive à réaliser dans chaque aire vasculaire les conditions de circulation nécessaires pour donner les meilleurs résultats.

A propos de l'athérosclérose non sténosante, il y a lieu de rappeler qu'on considère que cette maladie a un retentissement fonctionnel sur la circulation. Un vaisseau dont les fibres musculaires sont détruites, le tonus diminué et les terminaisons nerveuses lésées ne peut plus remplir les tâches extrêmement précises qui, comme S. l'a montré, incombent aux gros vaisseaux. Enfin, il y a lieu de remarquer qu'une dilatation des artères moyennes et grosses représente une économie d'énergie puisqu'elle réduit le gradient de pression. Or, en cas de sclérose généralisée, ce principe d'économie n'est plus appliqué et c'est le cœur qui doit fournir un travail supplémentaire pour satisfaire aux nécessités de la régulation.

P.-E. Morhardt.

P. Weiland. ***Réaction de fixation du complément pour la tuberculose dans le liquide céphalo-rachidien*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 21, 23 Mai 1936, p. 747-748). — Il n'a pas été procédé jusqu'ici à des recherches importantes relatives à la possibilité de déceler dans le liquide céphalo-rachidien des anticorps fixateurs du complément. W. a cherché à combler cette lacune en procédant à une importante série de recherches pour lesquelles il a utilisé les méthodes de Besredka et de Witebsky-Kuhn-Klingenstein. Une partie des liquides examinés provenaient de la clinique universitaire de Bonn (épileptiques, idiots, tuberculose cérébrale). D'autres liquides céphalo-rachidiens provenaient de malades divers, notamment atteints de sclérose multiple ou de méningite tuberculeuse.

Dans le premier groupe de malades, on a procédé 31 fois à la réaction de Besredka du liquide céphalo-rachidien qui a donné 7 réponses positives (22,5 pour 100) et 20 réponses négatives (64,4 pour 100). Sur 27 échantillons de liquides céphalo-rachidiens du second groupe, cette même réaction a donné 12 réponses positives (44,4 pour 100) et 12 négatives. Le nombre des réponses non spécifiques obtenu par cette méthode est évidemment frappant.

La méthode de Witebsky-Kuhn-Klingenstein a été utilisée pour 27 échantillons de liquides céphalo-rachidiens du premier groupe et a donné 11 réponses positives (40,7 pour 100) et 16 réponses négatives (59,2 pour 100), proportion assez analogue à celle de la réaction de Besredka. Chez une série de ces malades, il a pu être pratiqué également la recherche de la fixation du complément sur le sang. Dans 3 cas, on a trouvé une réponse positive dans le sang comme dans le liquide céphalo-rachidien. Dans un cas, les deux résultats étaient négatifs et, dans 8 cas, les réponses étaient discordantes. Avec la réaction de Meinicke, il n'a pas été possible d'obtenir une réaction positive dans le liquide céphalo-rachidien.

Ainsi donc, une partie des réponses a été positive avec les deux méthodes. Les résultats ainsi obtenus ont été assez semblables avec les deux méthodes. Mais on ne peut pas déduire de ces faits l'existence d'une tuberculose du système cérébrospinal.

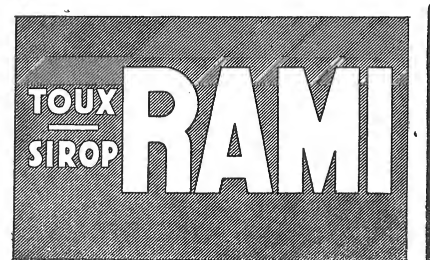
P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

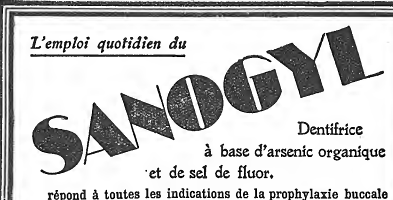
Beutel et Nonnenbruch (Prague). ***Infantilisme et nanisme en relation avec une sténose du pylore. Croissance avec rachitisme après gastro-entérostomie*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 23, 5 Juin 1936, p. 765-768). — B. et N. ont rapporté le cas d'un jeune homme de 16 ans qu'ils ont pu examiner et qui avait l'aspect et la taille d'un enfant de 7 ans. Par ailleurs, il ne présentait aucun signe de puberté. Il se plaignait d'une dilatation gastrique considérable (avec absence presque complète d'acide chlorhydrique dans son suc gastrique) et de fréquentes crampes « tétaniques ».

Une intervention chirurgicale montra une sténose duodénale située légèrement au-dessus de l'ampoule de Vater. Cette sténose, d'après B. et N., devait être d'origine congénitale. Après avoir pratiqué la gastro-entérostomie, les crampes disparurent, ainsi que les autres malaises. 6 mois après, la taille du malade s'était accrue de 14 cm. (1 m. 40 au lieu de 1 m. 26) et son poids était nettement augmenté, cependant cette croissance rapide s'accompagna de rachitisme.

B. et N. ne peuvent encore donner d'explication satisfaisante des phénomènes qu'ils ont ainsi observés. Ils pensent que les troubles de croissance et les dystrophies osseuses ainsi que l'atonie gastrique seraient dus à des perturbations endocriniennes. La sténose duodénale aurait alors de son côté amené l'infantilisme. Guy Hausser.



TOUX
SIROP
RAMI



L'emploi quotidien du
SANOGYL
Dentifrice
à base d'arsenic organique
et de sel de fluor.
répond à toutes les indications de la prophylaxie buccale
H. Villette, Phien, 5, rue Paul-Barruel, Paris-15e



DIGESTION DES FÉCULENTS, MATERNISATION DU LAIT,
NEURASTHÉNIE, RACHITISME, TUBERCULOSE
CONVALESCENCE
AMYLODIASTASE THÉPÉNIER
"PHOSPHODIASTASES" ÉMINEMMENT ASSIMILABLES DES CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
2 à 3 Comprimés après chaque repas
SIROP
2 cuillerées à café après chaque repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8e



GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
15 à 20 GOUTTES matin & soir
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS, 1 cuiller matin et soir
Echantillons & littérature, LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ
RENNES (France)

Urbach (Vienne). ***Nécroses multiples de la peau consécutives à des auto-injections d'adrénaline*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 23, 5 Juin 1936, p. 769-770). — U. a observé une femme âgée de 56 ans atteinte depuis plus de 20 ans d'asthme bronchique. Pour calmer ses crises, elle se faisait des injections d'adrénaline, parfois jusqu'à 3 par nuit. Examinée, elle présentait les traces d'innombrables cicatrices siégeant au-dessus des seins, aux bras, aux cuisses, sur le ventre, etc. Elles étaient à peu près circulaires, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Elles étaient de couleur blanche, pour la plupart, seules les plus récentes étaient rougeâtres et ecchymotiques.

Or, les mêmes injections sous-cutanées ou intracutanées faites à l'hôpital n'amenèrent aucune réaction apparente. Mais dès que la malade refaisait elle-même les injections, les mêmes lésions de la peau réapparaissaient. Interrogée, elle expliqua qu'elle se piquait avec une aiguille assez grosse et assez profondément. Au moment de piquer, elle tremblait et souvent s'y reprenait à plusieurs reprises avant de faire l'injection, de sorte que celle-ci durait plus d'une minute. Néanmoins, la réaction observée ne put être expliquée uniquement par la raison de ses injections maladroites, car une injection avec une solution de NaCl ne produisit aucun effet. Cependant, U. explique le phénomène par la nécrose consécutive à l'hémorragie due à la piqûre. Cette nécrose étant provoquée par l'adrénaline injectée.

Par la suite, la malade se fit des injections avec une aiguille beaucoup plus fine et l'on n'observa plus les lésions rapportées ci-dessus.

Guy Hausser.

Stein et **Last** (Vienne). ***Traitement de l'acné par les ondes courtes*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 23, 5 Juin 1936, p. 772-773). — D'après S. et L. l'acné est une affection qui serait en rapport avec la puberté, car jamais les enfants ou les personnes de plus de 40 ans ne seraient atteints par cette maladie. Dans une première phase, on assiste à la formation des comédons à la suite d'une altération des follicules et des glandes sébacées. La seconde phase est caractérisée par des processus inflammatoires, allant jusqu'à la purulence par suite de l'infection des orifices folliculaires.

Les petites pustules ainsi formées guérissent le plus souvent en très peu de jours. Enfin, S. et L. font observer que les sujets anémiques et lymphatiques ont tendance à faire des pustules de plus grandes dimensions et souvent localisées au visage et au menton.

S. et L. ont eu de nombreux succès en traitant l'acné par les ondes courtes, surtout en cas d'acné pustuleuse (*acne pustuolosa aggregata*). L'administration d'ondes courtes fut d'ailleurs souvent associée à celles de rayons X et de soleil artificiel. Pour les ondes courtes, il fut choisi des ondes de 4 mètres et de 6 mètres pour les cas les plus graves. Le traitement comporte une série de 15 à 20 séances, une chaque jour, d'une durée de 10, à 15 minutes.

Guy Hausser.

Linneweh et **René du Mesnil de Rochemont** (Berlin). ***Cancer du rein et tuberculose rénale*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 24, 12 Juin 1936, p. 797-802). — Selon L. et M. d. R., les tumeurs rénales et la tuberculose rénale seraient des affections beaucoup plus fréquentes que l'on ne le croit communément, car leur symptomatologie serait insuffisamment précisée. C'est pourquoi, en se référant à plusieurs cas qu'ils ont pu observer, L. et M. de R. ont donné les renseignements cliniques suivants :

Les tumeurs rénales se caratérisent par des hématuries considérables, avec sensations de pression et de tension dans la région rénale. A une période plus tardive de l'évolution, la tumeur pourrait être perçue, il y a une infection secondaire du bassinet avec pyurie. Les épreuves d'élimination de matières colorantes sont troublées, et le « pyélogramme » est toujours modifié.

La tuberculose rénale, de son côté, est également caractérisée par une hématurie, mais contrairement à celle des tumeurs rénales elle est longtemps très minime et passe facilement inaperçue. De même, l'élimination de bacilles tuberculeux est difficilement décelable. Cependant, les troubles vésicaux y sont beaucoup plus précoces et l'on observe plutôt de la pyurie. Donc, en cas de tuberculose rénale, L. et M. de R. soulignent avant tout l'importance de la pyurie, de l'infection vésicale et des douleurs qu'elle provoque.

Guy Hausser.

M. Roller (Vienne). ***Influence des vitamines A et C sur la glycosurie au cours du diabète*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 27, 3 Juillet 1936, p. 898-899). — R. a observé qu'en général la glycosurie des malades atteints de diabète sucré augmentait après l'ingestion d'œufs. R. a donc donné à ses malades tous les 2 jours 2 œufs en maintenant en outre le régime habituel. Il a alors cherché quel pouvait être l'effet de la vitamine A contenue dans les œufs. Il a constaté que la glycosurie était très notablement influencée: jusqu'à 20 gr. de plus par 24 heures.

Comme il y a antagonisme entre l'action des vitamines A et C, R. a donné aux malades des vitamines C sous forme de cachets de « Cebion » (de la maison Merck). Il a constaté que les jours où l'on donnait davantage de vitamine C il y avait une diminution de la glycosurie.

On peut donc conclure qu'une diminution de vitamine A dans la ration alimentaire (en particulier: œufs, beurre, crème et certains légumes) fait diminuer la glycosurie et permet par conséquent de donner au malade plus d'hydrates de carbone. Enfin, une nourriture riche en vitamine C abaissera encore le taux de la glycosurie.

Guy Hausser.

DER CHIRURG
(Berlin)

F. Senante (Barcelone). ***Les indications opératoires dans les lésions par le courant électrique*** (*Der Chirurg*, t. **14**, n° 8, 15 Juillet 1936, 560-571). — L'article très documenté de S. consacre les recherches pratiquées dans le service de Jellineck, de Vienne. Celles-ci portent sur plus de 4.000 cas de lésions provoquées par le courant électrique. Une importante étude histologique des lésions ajoute aux faits cliniques pour consacrer l'allure très particulière qu'affectent de semblables lésions. L'impression qui se dégage de la lecture de cet article est que le courant provoque dans l'organisme des désordres tout différents de ceux qu'occasionnent les traumatismes habituels, ou les brûlures. Alors que dans ce dernier cas, les lésions se répartissent avec une certaine régularité, et qu'en particulier la limitation des zones nécrosées est assez franche, rien de semblable n'existe dans les nécroses provoquées par le courant. Dans ce dernier cas, on observe à côté de surfaces détruites des zones saines, par plages. De même, les troubles profonds sont souvent plus accusés que les lésions superficielles. Il est donc très difficile de déterminer la limite exacte des lésions.

L'évolution des accidents se fait assez fréquemment vers la guérison spontanée, sans accidents infectieux, et les nécroses même étendues se limitent souvent spontanément, aboutissant parfois à l'élimination de séquestres osseux étendus, ou à l'amputation spontanée d'un segment de membre. Inversement les traumatismes chirurgicaux, loin d'améliorer les lésions, les aggravent parfois en disséminant une infection. La conclusion de l'auteur est donc de rejeter d'une façon systématique les procédés chirurgicaux qui s'adressent aux autres traumatismes, et tout particulièrement la méthode d'excision des plaies, qui est dans ce cas plus dangereuse qu'utile.

J.-Ch. Bloch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Hoff et **Pötzl**. ***Aura à type de sensation d'ascenseur chez un malade atteint d'une tumeur du lobe temporal*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **86**, nos 15, 16, 17 des 11, 18 et 25 Avril 1936, p. 397-398, 432-434 et 461-464). — L'observation concerne une femme de 39 ans qui vint consulter pour des crises comitiales dont l'aura assez particulière consistait en une sensation d'élévation puis de descente rapide dans un ascenseur; l'examen oculaire montre une stase papillaire et une diplopie par parésie du droit externe; l'examen labyrinthique est en faveur d'une tumeur temporale en raison d'un nystagmus provoqué; après ventriculographie, on trépane dans la région temporale, et l'on trouve un gliome infiltré. La malade succombe 12 heures après l'opération.

L'analyse physiologique de cette aura spéciale, étudiée longuement par H. et P. à la lumière de l'expérimentation animale, permet de conclure à un trouble supravestibulaire. On put observer à l'examen anatomique plus approfondi une infiltration tumorale du tiers postérieur du thalamus. L'intérêt du cas réside dans l'association de troubles du système supravestibulaire et d'accès épileptiques du type lésion de la corne d'Ammon.

G. Basch.

Teufl. ***Le pouls des veines normales et des veines variqueuses et ses significations diagnostiques*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **86**, n° 16, 18 Avril 1936, p. 436-438) [suite des nos 11, 13 et 15). — T. a étudié dans de nombreux cas et à l'aide de tracés le pouls veineux des extrémités, chez des malades atteints d'affections diverses, cardiaques en état d'asystolie, aortiques, porteurs ou non de varices des extrémités des membres inférieurs. Il a pu prouver qu'il était fréquent de retrouver chez les patients atteints d'insuffisance tricuspide, surtout chez ceux qui présentent une insuffisance cardiaque grave, un pouls veineux rétrograde légèrement retardé par rapport au pouls artériel, phénomène noté au niveau des veines normales des membres supérieurs, et variant selon l'importance des varices pour les veines des membres inférieurs. L'étude du pouls veineux des extrémités, réalisée par l'éclairage de profil des veines, est plus facile techniquement parlant que celle du pouls veineux jugulaire et même que l'appréciation de la pulsatilité du foie. T. a observé sa constance, son intensité toujours la même; ce signe témoigne de l'insuffisance tricuspide organique. Sa disparition est en faveur d'une insuffisance relative et s'accompagne d'une rétrocession de l'insuffisance cardiaque. Au contraire, les variations d'intensité du pouls veineux sont un signe peu favorable, son affaiblissement est de très mauvais pronostic. Quant au pouls variqueux, ses variations vis-à-vis du pouls veineux des membres supérieurs, son indépendance ou sa dépendance vis-à-vis de la pression intraabdominale, sont d'interprétation délicate mais constituent pour T. une séméiologie intéressante à noter.

G. Basch.

Susmann-Galant. ***Influence des saisons, du climat et des conditions météorologiques sur l'élocution des bègues*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **86**, n° 20, 16 Mai 1936, p. 539-540). — G. rappelle l'influence d'un grand nombre de circonstances extérieures (auditoire nombreux ou

inhabituel, émotions, etc.) sur le bégaiement et insiste, en citant à l'appui de son opinion quelques observations, sur le rôle des saisons, du climat, du changement de temps. Tel de ses malades ne bégaie qu'en hiver, tel autre observe que son bégaiement varie suivant le cycle lunaire, s'accentuant pendant les périodes sans lune; la plupart des malades enfin sont favorablement influencés par le beau temps et par certains climats. Mais quelle que soit l'action de ces différents facteurs, il y a toujours intrication avec des facteurs sociaux et psychiques; l'influence de la saison par exemple peut être en fait due à des conditions matérielles toujours les mêmes pour chaque saison: repos moral, activité physique pendant l'été et, au contraire, vie sédentaire, soucis, nécessité de mettre beaucoup à l'épreuve l'appareil vocal, pendant l'hiver, toutes conditions favorisant l'accentuation du bégaiement.

G. Basch.

Zoltan von Barabas. ***La fièvre est-elle un signe constant pendant l'incubation de la rougeole ?*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **86**, nos 27-28, 4 Juillet 1936, p. 740-742). — En l'espace de 10 ans dans l'asile d'enfants de Budapest où surviennent de temps à autres comme dans toutes les collectivités infantiles de petites épidémies de rougeole, B. a étudié systématiquement la courbe thermique de 238 rougeoleux pendant la période d'incubation. A l'aide d'un tableau, mentionnant le nombre d'enfants apyrétiques et le nombre d'enfants ayant une température supérieure à 37°5, supérieure à 38°, etc., pour chaque jour des périodes d'incubation et d'invasion (soit 14 jours en moyenne), il établit les faits suivants :

1° Dans 90 pour 100 des cas de rougeole, aucune élévation thermique ne se produit pendant les 9 jours qui suivent la contamination. Si l'on tient compte du fait que ces observations ont été faites en milieu hospitalier, chez lequel un petit état grippal, une infection latente des oreilles peuvent fort bien passer inaperçues malgré les soins pris d'éliminer de la statistique tout enfant atteint d'une affection intercurrente, on peut dire que chez les enfants bien portants, la période d'incubation de la rougeole est toujours apyrétique. Ces conclusions s'opposent formellement aux assertions d'un certain nombre d'auteurs.

2° Dans 20 pour 100 des cas, la température des enfants était encore normale le jour de l'éruption.

G. Basch.

THE LANCET
(Londres)

B. Zondeck. ***Tumeur de la pituitaire produite par l'hormone folliculaire*** (*The Lancet*, n° 5875, 4 Avril 1936, p. 776-778). — Chez l'animal, l'administration de folliculine pendant une longue période inhibe les sécrétions du lobe antérieur de l'hypophyse: l'hormone de croissance et l'hormone gonadotropique. Les animaux restent nains avec une atrophie des organes génitaux. L'hypophyse de ces animaux est augmentée de volume, quatre fois environ le poids normal. Cette augmentation ne se voit que chez les mâles seulement. Cependant une très grosse tumeur de l'hypophyse qui atteignait 20 fois la normale fut produite chez une femelle. Cette tumeur donnait des signes de compression du cerveau et des nerfs optiques.

Ces expériences réalisées sur les rats n'ont pu être reproduites chez le lapin.

André Plichet.

Elisabeth White. ***Sur la possibilité de transmission du streptocoque hémolytique par la poussière*** (*The Lancet*, n° 5878, 25 Avril 1936, p. 941-944). — Dans 80 pour 100 des infections puerpérales, le streptocoque est d'origine rhinopharyngée. Cependant il reste des cas où l'on peut se demander si le streptocoque n'a pas eu comme vecteur l'air ambiant. Déjà Cruickshank avait noté que l'air des salles où étaient soignés des brûlés contenait du streptocoque et il est notoire que l'on a pu observer dans la pratique courante des cas d'infection puerpérale chez des mères dont les enfants étaient porteurs de foyers septiques tels que des otites ou de l'impétigo.

Disposant des boîtes de Pétri sur le plancher, sous chaque lit, d'une salle de malades atteintes d'infection puerpérale, W. a pu noter leur ensemencement et le streptocoque identifié était le même que celui que l'on trouvait, soit dans la gorge, soit dans les lochies des malades. Par contre, les mêmes expériences répétées dans d'autres salles de malades atteints d'autres infections sont restées négatives.

Des pulvérisations de formol à 40 pour 100 détruisent le streptocoque de la poussière. Cette désinfection est nécessaire étant donné la virulence et la résistance de ce microbe.

André Plichet.

De Wesselow et **W. J. Griffiths.** ***Le rôle du lobe antérieur de l'hypophyse dans le diabète chez l'homme*** (*The Lancet*, n° 5879, 2 Mai 1936, p. 991-994). — Le mode d'action de l'insuline dans le diabète reste toujours plein de mystère. Depuis quelques années l'attention a été attirée sur les facteurs diabétogènes d'origine pituitaire et Houssay, notamment, a montré que l'ablation du lobe antérieur de l'hypophyse améliorait le diabète des animaux dépancréatisés et que, par contre, l'injection d'extrait antérieur d'hypophyse chez les animaux faisait cesser l'amélioration. Chez les animaux, l'injection d'extrait antérieur conduit à l'hyperglycémie, à la glycosurie et à l'acétonurie. Ainsi se trouve expliquée l'association de l'acromégalie et du diabète.

W. et G. ont injecté du sang de diabétiques âgés et obèses à des lapins rendus hypoglycémiques par des injections d'insuline. Ils ont constaté que l'hypoglycémie de l'animal était neutralisée par le sang de ces malades. Les mêmes expériences faites avec le sang de jeunes diabétiques, non obèses, sont restées sans résultat sur l'hypoglycémie. Il semblerait donc que le sang des diabétiques obèses contienne, en excès, un principe capable de modifier l'action hypoglycémiante de l'insuline comparable par conséquent au principe actif du lobe antérieur de l'hypophyse.

André Plichet.

C. A. Mason. ***L'extirpation du poumon*** (*The Lancet*, n° 5880, 9 Mai 1936, p. 1047-1056). — Dans cet article, M., à propos de six extirpations du poumon pratiquées surtout chez des jeunes sujets, expose les différentes techniques qu'il a suivies.

S'il n'y a aucune raison de suspecter la présence d'adhérences et l'induration du hile qui augmente la friabilité des vaisseaux, la technique de Reinhoff qui consiste à enlever le poumon en une seule fois après dissection soignée du hile peut être suivie. Cette technique semble être limitée à certains cas de néoplasme et de tuberculose.

Dans d'autres cas, quand l'état du sujet est trop précaire, il faut se contenter d'une ligature en masse sur le pédicule et faire l'opération en deux temps.

Les cas sont encore trop peu nombreux pour que la technique soit définitivement fixée.

André Plichet.

W. Cramer et **E. S. Horning.** ***L'effet de l'oestrine sur l'hypophyse*** (*The Lancet*, n° 5880, 9 Mai 1936, p. 1056-1057). — Les injections prolongées d'oestrine ont le même effet, chez l'animal, que l'ablation de l'hypophyse. Morphologiquement, elles produisent une hyperplasie du lobe antérieur de l'hypophyse dans laquelle, cependant, les cellules chromophiles sont considérablement diminuées alors qu'au contraire les cellules chromophobes sont augmentées de nombre.

On remarque de plus une congestion du lobe antérieur qui peut amener des hémorragies et une augmentation de la colloïde.

Ces injections d'oestrine amènent une disparition des cellules chromophiles et, par conséquent, une diminution de l'excrétion des différentes hormones du lobe antérieur de l'hypophyse avec comme corollaire une dégénérescence des surrénales, des gonades, du thymus et une hyperplasie des îlots de Langherans.

André Plichet.

S. A. People et **E. Guttmann.** ***L'hypertension produite par la benzidrine*** (*The Lancet*, n° 5881, 16 Mai 1936, p. 1107-1109). — La benzidrine est un B-phényl-iso-propylamine. De constitution semblable à celle de l'éphédrine et de l'adrénaline, ce produit a été produit synthétiquement par Gordon Alles et utilisé comme traitement de la narcolepsie par Prinzmetal et Bloomberg.

Ce produit, à la dose de 10 à 80 milligr., non seulement donne des élévations de pression pouvant se mesurer par 2 à 4 centigr. de mercure survenant au bout d'une heure et durant vingt-quatre heures, mais encore il a une action sur le système nerveux, action qui peut trouver son utilisation dans tous les états dépressifs.

En effet, les sujets soumis à la benzidrine sortent de leur état dépressif pour devenir euphoriques et même bavards. Ils voient disparaître leur anxiété, deviennent plus brillants et s'intéressent à la vie.

Cependant, des expériences de contrôle ont besoin d'être faites pour savoir si l'administration permanente ne produit pas d'accoutumance.

André Plichet.

R. A. Peters. ***Les lésions biochimiques de la carence en vitamine*** B_1 (*The Lancet*, n° 5882, 23 Mai 1936, p. 1161-1165). — Les pigeons soumis à un régime carencé en vitamine B_1 peuvent présenter des symptômes chroniques d'avitaminose se produisant surtout par une paralysie spastique des pattes et des symptômes aigus qui donnent lieu à un opisthotonos avec redoublement paroxystique.

P., à l'aide de techniques nouvelles, a étudié les changements biochimiques qui se font dans la substance cérébrale de ces animaux.

Il existerait une diminution du pouvoir oxydant pour certains hydrates de carbone et augmentation d'acide lactique et d'acide pyruvique.

La vitamine B_1 serait donc un corps catalyseur utilisé par les tissus pour la combustion des hydrates de carbone.

In vitro, on trouve dans le cerveau des rats et pigeons carencés en vitamine B_1 des pyruvates qui disparaissent quand on ajoute de la vitamine B_1 cristallisée.

Dans le sang de ces animaux, on trouve également ce corps en grande quantité qui disparaît quand on leur donne de la vitamine B_1.

A signaler que cette substance a été trouvée dans le sang des sujets atteints de béri-béri. Il y a donc une connexion étroite entre les avitaminoses humaines et expérimentales.

André Plichet.

J. A. Boycott. ***L'anémie gravidique*** (*The Lancet*, n° 5882, 23 Mai 1936, p. 1165-1171). — L'anémie gravidique continue à préoccuper les accoucheurs en Angleterre. Sur 222 femmes enceintes hospitalisées à la clinique anténatale de l'Université de Londres, 22 pour 100 d'entre elles présentaient moins de 80 pour 100 d'hémoglobine. Ce pourcentage est comparable à celui que l'on a pu observer dans d'autres maternités d'Angleterre et moins élevé que ceux que l'on observe généralement à Aberdeen.

L'anémie gravidique est du type hypochromique et est due à une déficience en sels de fer.

L'augmentation du volume du sang peut causer une fausse anémie. L'examen seul permet de la différencier.

En général, l'anémie gravidique a peu de retentissement sur l'évolution de la grossesse.

Les maladies intercurrentes, l'état social, l'âge et le nombre de grossesses antérieures prédisposent à cette anémie.

Le traitement est avant tout à base de sels de fer.

André Plichet.

G. C. Ungley et **R. Moffett.** ***Le facteur intrinsèque de Castle dans l'anémie pernicieuse*** (*The Lancet*, n° 5883, 30 Mai 1936, p. 1232-1236). — Les expériences classiques de Castle et de ses collaborateurs ont montré que le principe qui permettait la régénération du sang dans l'anémie pernicieuse était dû à l'action combinée d'un facteur intrinsèque contenu dans le suc gastrique normal et d'un facteur extrinsèque provenant des aliments.

Ce facteur intrinsèque n'est pas la pepsine, mais on ne sait pas encore s'il n'est pas dû au pepsinogène car ce corps précurseur de la pepsine a une action tout à fait différente de celle-ci.

14 cas d'anémie pernicieuse, ayant une achlorhydrie à l'histamine, ont été utilisés pour ces recherches et ont permis les conclusions suivantes:

Un extrait hydrosoluble de la muqueuse de la grosse tubérosité de l'estomac contenant du pepsinogène, mais préparé de telle sorte que la pepsine ne soit pas activée, administré avec le facteur extrinsèque, ne donna aucun résultat dans deux cas et un résultat douteux dans un troisième.

Une concentration de pepsinogène pur dans de la glycérine ne donna aucun résultat.

Un extrait hydrosoluble de muqueuse pylorique provenant de 40 gr. de muqueuse administré avec le facteur extrinsèque eut une action dans six cas.

Le facteur intrinsèque n'est pas détruit par une alcalinité de Ph 9,8 qui inactive la pepsine et le pepsinogène.

Le suc gastrique ou des extraits de muqueuse pylorique privés de pepsine donnés *per os* n'ont qu'une petite action hématopoïétique, à moins qu'on y ajoute le facteur extrinsèque (levure autolysée). Le rôle du facteur extrinsèque par conséquent ne doit pas être attribué à l'adsorption de la pepsine, puisque dans cette expérience, elle est absente.

Les effets du facteur intrinsèque et du facteur extrinsèque donnés en même temps sont plus grands que les effets de ces substances données séparément.

Quant au facteur extrinsèque, la levure autolysée, son rôle est dû à son action propre et non pas à ce qu'elle contient des éléments capables de stimuler les cellules qui élaborent l'agent antianémique gastrique ou qu'elle fournit les bases de la synthèse de ce dernier.

André Plichet.

BRUXELLES MÉDICAL

P. Jeandelize (Nancy). ***Quelques aspects des relations de l'hypophyse et de l'appareil visuel*** (*Bruxelles-Médical*, t. **16**, n° 27, 3 Mai 1936, p. 1014-1027). — Des faits biologiques montrent l'influence de l'appareil visuel sur la fonction hypophysaire; des faits pathologiques, celle de l'hypophyse sur l'appareil visuel.

Si l'on place une grenouille moyennement colorée dans une atmosphère de lumière, elle présente une légère pigmentation; si on lui enlève l'hypophyse, dès la fin de la narcose, elle devient claire; l'injection de sa propre hypophyse rend à la grenouille sa teinte primitive. C'est en se basant sur cette expérience et d'autres analogues sur la grenouille et les poissons que l'on conclut que l'excitation lumineuse agit sur l'hypophyse, spécialement sur son hormone mélanophorotrope.

D'autres expériences ont montré que la lumière agit sur le développement des gonades, à l'exclusion de tout autre facteur de l'activité générale, tel que la chaleur ou le mouvement, et que la lumière excite l'hypophyse par l'intermédiaire de l'œil et du nerf optique. Il existerait donc un arc réflexe partant de la rétine pour aboutir à l'hypophyse.

Dans les différentes formes de l'hyperpituitarisme, on constate certains signes oculaires avec une plus ou moins grande constance ou intensité: l'exophtalmie, le rétrécissement, surtout bitemporal, du champ visuel pour le blanc et les couleurs; l'œdème papillaire léger sans hypertension intracranienne; l'hypertension des artères rétiniennes uni- ou bilatérales.

Robert Clément.

P. Spehl (Bruxelles). ***La tachycardie de l'effort*** (*Bruxelles-Médical*, t. **16**, n° 33, 14 Juin 1936, p. 1238-1246). — L'accélération du rythme cardiaque pendant l'exercice musculaire est un fait d'observation banale. Pour un effort minime, l'accélération est faible; s'il est de quelque durée, la vitesse se stabilise rapidement. Pour un effort plus important, l'accélération immédiate est plus marquée et s'il se prolonge, après une stabilisation de courte durée, le nombre des pulsations continue à croître lentement pour atteindre progressivement un taux stable.

Dès le début de l'exercice, ou avant même qu'il ne commence, avant donc que puissent intervenir des modifications chimiques du sang en rapport avec l'activité musculaire et capables de retentir sur le cœur, les centres régulateurs se trouvent alertés par l'activité cérébrale.

Si la tachycardie initiale dépend pour une bonne part de l'intervention des centres nerveux supérieurs, la tachycardie secondaire, d'une adaptation d'ailleurs beaucoup plus fine et plus précise au maintien de l'équilibre du milieu interne et aux conditions du travail, appartient davantage au domaine de l'activité réflexe.

Si certains sujets à réponse tachycardique forte sont supposés capables de soutenir un effort intense, il semble justifié dans l'état actuel de nos connaissances de ne leur permettre qu'une activité musculaire qui n'exige, ni trop souvent ni trop longtemps, un travail cardiaque trop intense, car les cœurs de ce type risquent d'être « coincés » dans leur travail lorsque la rapidité du rythme altère les conditions indispensables au fonctionnement du cœur humain.

Les cœurs à rythme de base lent, qui s'accélèrent peu par l'effort léger, et qui possèdent un myocarde puissant, paraissent plus aptes à soutenir un travail musculaire intense.

Bien avant de former des athlètes, le médecin doit s'efforcer d'assurer au plus grand nombre possible d'enfants un développement en rapport avec leurs possibilités constitutionnelles.

Robert Clément.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

J. Bottin (Liége). ***L'anhydrémie et l'hypochlorurémie au cours de l'occlusion intestinale expérimentale*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **8**, n° 2, Février 1936, p. 97-147). — Une série d'expériences chez le chien ont montré que l'occlusion haute de l'intestin détermine au niveau du sang un syndrome de déshydratation et de déminéralisation. On constate une diminution de la teneur du sang en eau, une concentration globulaire importante, une augmentation de l'hémoglobine, du rapport volume globulaire sur volume plasmatique et de la viscosité, une diminution de la masse sanguine, une augmentation des protéines du sang, une diminution importante des cendres, une diminution forte du Cl et moins accusée du Na, du K et du Ca. Au niveau des tissus, l'obstruction détermine une perte d'eau au niveau du tissu musculaire, moindre au niveau de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, nulle dans les autres tissus. L'animal se déshydrate par les vomissements, les urines, l'hyper-sécrétion salivaire et la respiration.

Ni le jeûne absolu d'une durée comparable à la survie de l'animal sur lequel on a pratiqué une occlusion intestinale, ni même le jeûne prolongé ne peuvent expliquer la majeure partie de la déshydratation et de la déminéralisation observées dans l'occlusion expérimentale de l'intestin.

La déshydratation et la déminéralisation ne peuvent, en l'absence d'occlusion, expliquer la mort rapide. Il est nécessaire de faire intervenir un autre facteur.

En même temps que la déshydratation et la déminéralisation du sang et des tissus, l'occlusion expérimentale de l'intestin provoque une élévation du taux de l'azote non protéique et de l'urée dans le sang et l'accroissement de l'excrétion de ces corps par les urines. On a noté dans le sang une acidose peu importante mais constante.

Les fistules intestinales complètes, au même niveau que les obstructions, déterminent un syndrome sanguin et tissulaire comparable mais plus accusé, en raison de la perte des sécrétions intestinales. D'autres facteurs diffèrent dans les deux états, l'azote non protéique et l'urée du sang, la pression artérielle, la capacité de résorption du tissu cellulaire.

Robert Clément.

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (Chicago)

G. Gömöri (Budapest). ***Les accidents de l'anesthésie locale; étude expérimentale sur la toxicité des divers anesthésiques*** (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. **62**, n° 6, Juin 1936, p. 951-960). — Les accidents de l'anesthésie locale peuvent se diviser en deux groupes. Le premier groupe comprend les cas où une intoxication véritable résulte d'une dose d'anesthésique exagérée, soit relativement, soit d'une façon absolue. Elle se caractérise par de l'excitation psychique, de la confusion mentale, des convulsions cloniques violentes, des paralysies partielles transitoires. Ces troubles peuvent se prolonger plus ou moins longtemps, mais ils aboutissent rarement à une issue fatale.

Dans le deuxième groupe, le patient, après avoir reçu une dose comparativement insignifiante d'anesthésique, présente des symptômes de collapsus profond. Dans un assez grand nombre de cas, la mort survient en quelques minutes en dépit de tout traitement. Presque toujours l'anesthésique utilisé a été la cocaïne ou la procaïne; la dose injectée était habituellement très minime et en un état de concentration habituel, généralement 0,5 à 1 pour 100. La présence d'adrénaline n'a jamais dépassé les doses admises. Il est à noter que, dans plus de la moitié des cas, il s'agissait d'opération sur la tête et le cou, dont dans 2/3 des cas de tonsillectomie; les autres cas concernaient des anesthésies splanchniques, spinales ou sacrées. Enfin, très fréquemment, l'autopsie a montré la persistance du thymus ou des lésions myocardiques sérieuses.

La cause de ces accidents n'est pas encore bien élucidée. Il ne peut s'agir d'une intoxication: il faut sans doute invoquer une hypersensibilité, voisine de l'allergie ou de l'anaphylaxie, congénitale ou acquise. Seeger rapporte un cas de mort en quelques minutes après administration d'une petite quantité d'anesthésique local; or, lors d'une opération antérieure, le même anesthésique avait été bien toléré, à dose bien supérieure.

Des expériences faites sur les animaux, il résulterait que le degré de dilution de l'anesthésique ou le siège de l'injection sous-cutanée n'ont pas d'influence sensible sur l'action toxique des anesthésiques locaux. Il n'en est pas de même de la rapidité d'injection: une dose équivalant à 3 ou 4 fois la dose minima mortelle peut être supportée sans accident à condition d'être injectée par doses fractionnées se répartissant sur un temps assez long. M. Guibé.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

S. R. Mettier et **R. S. Stone.** ***Effet de l'irradiation par les rayons X sur la production des plaquettes chez les malades atteints de purpura hémorragique essentiel thrombocytopénique*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, t. **191**, n° 6, Juin 1936, p. 794-807). — M. et S. se louent des bons résultats que leur ont donnés les rayons X à l'égard de la production des plaquettes chez 7 malades atteints de purpura essentiel thrombocytopénique. Avant le traitement, le chiffre des plaquettes était de 40.000 par millimètre cube chez un des malades et il oscillait entre 10.000 et 40.000 chez les autres. Chez 6 patients la rate fut irradiée, et chez le dernier on donna en outre une seconde série d'irradiations à la dose de 300 R. Les malades reçurent un total de 1.200 à 3.000 R. Six d'entre eux présentèrent une augmentation des plaquettes, débutant au bout de 24 à 48 heures et atteignant jusqu'à 250.000 à 500.000 par millimètre cube en 9 jours. En même temps les hémorragies cessèrent.

Chez un malade présentant un purpura thrombocytopénique chronique datant de 2 ans, l'extrait hépatique, les grosses doses de fer, les transfusions répétées, un régime riche en calcium, la rate, etc... n'avaient donné aucun résultat; par contre, un notable accroissement des plaquettes se produisit après radiothérapie. Chez un autre patient il y eut une réapparition des symptômes à la suite de la splénectomie, mais la radiothérapie appliquée sur les os longs stimula la production des plaquettes. Chez un autre malade ni la radiothérapie ni la splénectomie ne se montrèrent efficaces et la mort survint du fait des hémorragies.

Ces résultats s'expliquent assez difficilement car l'augmentation des plaquettes s'observe avant que les rayons X aient pu causer une destruction marquée du tissu splénique. Peut-être la radiothérapie fait-elle cesser la phagocytose des plaquettes par les cellules du système réticulo-endothélial ? P.-L. Marie.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE (Florence)

C. Rizzo. ***Paralytique général octogénaire traité par la malaria à l'âge de 70 ans*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, t. **47**, n° 3, Mai-Juin 1936, p. 460-491). — Les sujets ayant contracté la syphilis à un âge avancé font assez fréquemment des accidents tertiaires précoces, intéressant le plus souvent le système nerveux. Et en général, plus la contamination syphilitique est tardive, plus brève est la période de latence de la paralysie générale. Bien que parmi tous les paralytiques généraux, il s'agisse en grande majorité de sujets s'étant contaminés dans la jeunesse, la paralysie générale sénile n'est pas exceptionnelle, et l'on compte 8,96 pour 100 de paralytiques généraux qui se sont contaminés après 60 ans.

R. rapporte le cas d'un sujet contaminé à l'âge de 62 ans, qui l'année même présenta une méningite basilaire gommeuse avec paralysie permanente de la VI[e] paire gauche, et vers 70 ans des signes classiques de paralysie générale. Ce malade fut impaludé et subit un traitement spécifique, à la suite de quoi il offrit une rémission complète, clinique et humorale, qui persiste actuellement à l'âge de 80 ans.

R. pense que l'impaludation peut avec précaution être pratiquée dans les cas de paralysie générale sénile, après un examen clinique soigneux; d'autant qu'il n'existe pas de test biologique permettant de diriger la malariathérapie. Peut-être l'épreuve de la thermolabilité de la réaction de Wassermann dans le liquide peut-elle guider dans le choix du traitement, puisqu'elle est le témoin des bons effets de ce traitement.

Le traitement le plus efficace de la neurosyphilis doit agir aux périodes primaire et secondaire de la syphilis, ou tout au moins à la période préclinique de l'évolution des accidents paralytiques.

Pour R. les paralytiques généraux, ou ne se sont pas soignés, ou n'ont jamais fait de traitement efficace et biologiquement contrôlé. H. Schaeffer.

THE TOHOKU JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Kyoto)

Issei Horiuti. ***Etudes sur l'hormone désintoxicante hépatique (Yakriton). Effets de l'Yakriton sur le venin de serpent*** (*The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, t. **29**, n[os] 1 et 2, 10 Juillet 1936, p. 67-70). — Depuis que le professeur Sato a isolé du foie une substance qu'il dénomma Yakriton et qu'il considéra comme une hormone ayant un pouvoir désintoxicant pour certains poisons organiques endogènes, tels que les ammoniacaux, les phénols, l'urée ainsi que pour des toxiques exogènes, comme le phosphore, les auteurs ont rapporté une série de travaux où cette propriété de l'Yakriton a été démontrée. Dernièrement, T. Ouchi, du Bureau Oriental de la Société des Nations à Singapour, a étendu les applications thérapeutiques de l'Yakriton. Premièrement, il a traité un cas de morsure par scorpion, *Liocheles australasiac*, Fabricius, chez un enfant de 7 ans, en injectant 1 U.R. d'Yakriton à l'endroit gonflé de la morsure, et en faisant des injections en couronne autour de la région à la dose totale de 1 U.R. Les douleurs disparurent soudainement et le lendemain du traitement le gonflement avait considérablement diminué.

Encouragé par ces résultats, Ouchi a essayé avec succès l'application de l'hormone dans 6 cas de morsure de serpent, *Naja naja atra*, un cobra de l'île Formose, où cet ophidien est très redouté par sa morsure qui détermine une mortalité d'environ 15 pour 100. Ouchi envoya le poison disséqué du cobra au professeur Sato qui chargea H. de pratiquer des expériences sur des animaux de laboratoire.

Les premiers résultats des expériences sont relatés dans le présent travail. H. conclut que l'Yakriton produit des effets de désintoxication chez les lapins injectés avec le venin du cobra de l'île Formose et que l'Yakriton, qui n'a rien à voir avec les antitoxines ou avec les sérums antitoxiques, possède une action spécifique sur le venin. Ces expériences sont donc en accord avec les observations cliniques d'Ouchi. João Coelho.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA (Stockholm)

J. Hindmarsh et **I. Sandberg** (Stockholm). ***45 embolectomies*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **78**, fasc. 1-3, 26 Mai 1936, p. 81-93). — De 1932 à 1934, à l'hôpital Marie, à Stockholm, 45 embolectomies ont été pratiquées chez 40 sujets (14 hommes et 36 femmes). La plupart ont porté sur le tronc de l'artère iliaque, l'iliaque externe, la fémorale, quelques-unes sur la poplitée, la tibiale postérieure ou l'axillaire. 31 opérations ont été réalisées dans les 10 heures qui ont suivi les symptômes, 18 de ces sujets (58,1 pour 100) ont eu un rétablissement normal de la circulation. Des 14 cas opérés, 10 heures après le début des signes, 5 seulement ont eu un rétablissement de la circulation (35,7 pour 100).

Dans l'ensemble, le résultat local visé par l'opération a été atteint 23 fois (51,1 pour 100). Sur ces opérés, 17 ont pu quitter l'hôpital guéris (37,8 pour 100). Parmi les malades où l'opération n'avait pas donné le résultat attendu, 10, après amputation, sont sortis vivants de l'hôpital (22 pour 100).

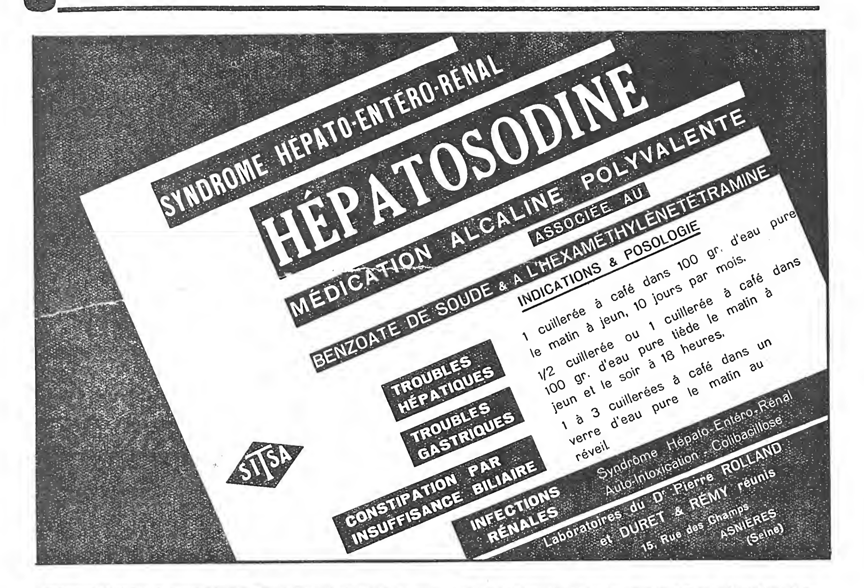
La majorité de ces malades (77 pour 100) avaient une maladie de cœur. C'est l'état du cœur qui décide surtout de l'avenir des malades, tant au point de vue de la capacité de travail que de la survie. En l'absence de maladies intercurrentes ou d'insuffisance cardiaque, les malades opérés avec succès retrouvent leur capacité de travail. Un homme âgé de 44 ans, opéré 22 heures après l'embolie située au niveau de la bifurcation de l'aorte, vécut 10 ans et 1/2 après l'opération et mourut de son affection cardiaque.

La mortalité opératoire est élevée. Bien que la majorité des opérés pour embolectomie soient encore en vie 2 à 3 ans plus tard, les 2/3 succombent avant 10 ans. Cependant, il ne faut pas sous-estimer l'importance qu'il y a à rendre à ces malades, presque tous des cardiaques, un membre fonctionnant normalement, à les délivrer de leurs douleurs et à leur éviter après amputation le port d'un appareil de prothèse. Robert Clément.

W. Möller (Uméa). ***Résection du foie pour métastase cancéreuse. (Absence de récidive locale pendant six ans.)*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **78**, fasc. 1-3, 26 Mai 1936, p. 103-119). — Chez une femme de 29 ans, qui avait subi pendant les 10 années précédentes des laparotomies répétées pour des tumeurs ovariennes récidivantes à dégénérescence maligne secondaire, on enleva, par résection du foie, une métastase hépatique grosse comme le poing. Un an et 1/2 plus tard, il fallut pratiquer une résection intestinale pour une récidive de la tumeur ovarienne de même volume qui envahissait le grêle et par la même occasion, on extirpa un nodule métastatique au niveau de la paroi abdominale antérieure de la dimension d'une noix.

6 ans après la résection du foie, l'opérée était en parfaite santé, jouissait de toute sa capacité de travail et ne présentait aucun signe de récidive ni de métastase.

A l'examen microscopique, toutes les tumeurs étaient des « carcinomes des cellules de la granuleuse ». M. discute la malignité de ces néoformations et rapporte l'expérience que l'on a jusqu'ici de la résection hépatique pour cancer primitif ou métastatique du foie. Robert Clément.



SYNDROME HÉPATO-ENTÉRO-RÉNAL
HÉPATOSODINE
MÉDICATION ALCALINE POLYVALENTE
ASSOCIÉE AU
BENZOATE DE SOUDE & A L'HEXAMÉTHYLÈNETÉTRAMINE
INDICATIONS & POSOLOGIE
1 cuillerée à café dans 100 gr. d'eau pure le matin à jeun, 10 jours par mois.
1/2 cuillerée ou 1 cuillerée à café dans 100 gr. d'eau pure tiède le matin à jeun et le soir à 18 heures.
1 à 3 cuillerées à café dans un verre d'eau pure le matin au réveil.
TROUBLES HÉPATIQUES
TROUBLES GASTRIQUES
CONSTIPATION PAR INSUFFISANCE BILIAIRE
INFECTIONS RÉNALES
Syndrôme Hépato-Entéro-Rénal
Auto-Intoxication - Colibacillose
STISA
Laboratoires du Dr Pierre ROLLAND et DURET & RÉMY réunis
15, Rue des Champs
ASNIÈRES (Seine)

REVUE DES JOURNAUX

LA SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS

Guy-Laroche, H. Simonnet et **J.-A. Huet.** ***La folliculine urinaire chez la femme castrée. Résultats de la radiothérapie de la région hypophysaire*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, t. **12**, n° 14, 15 Juillet 1936, p. 405-409). — Le sang ou l'urine des femmes castrées par ovariectomie ou par radiothérapie possède assez souvent un pouvoir œstrogène accentué.

Sur 30 malades ayant subi l'ovariectomie double, on a trouvé 8 fois une quantité de folliculine urinaire supérieure à 20 U.R. par litre, 3 fois 50 unités et une fois 200 unités. Dans les deux cas où on a dosé la folliculine du sang, on a constaté 25 et 30 unités. Il n'y a pas nécessairement proportionnalité entre la folliculinémie et la folliculinurie. Le taux de l'hormone gonadotrope est généralement bas, sauf un cas où le taux de la folliculine était également élevé.

Chez 10 malades ayant subi la castration par radiothérapie ovarienne, 6 avaient des taux de folliculine élevés (au-dessus de 30 U.R.), les autres présentaient un taux supérieur à 10 unités. Le taux de l'hormone gonadotrope est généralement bas, même lorsque le taux de l'hormone folliculaire est élevé.

Les taux élevés ou anormaux d'hormones folliculaire ou gonadotrope s'accompagnent souvent de signes fonctionnels importants (bouffées de chaleur, sueurs, troubles nerveux) mais des signes cliniques peuvent être observés alors que le taux des hormones est faible.

En six ans, 10 de ces malades présentant des troubles fonctionnels ont été traités par radiothérapie hypophysaire. Les succès sont constants; il n'y a jamais eu d'incidents. L'amélioration coïncide avec la diminution du taux de la folliculine urinaire et en général avec une diminution de l'hormone gonadotrope. La radiothérapie semi-pénétrante est bien supérieure à la pénétrante.

Robert Clément.

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

A. Le Grand, G. Gamelin, J. Cousin et **P. Lamidon.** ***Recherches expérimentales sur un nouveau centre bulbaire. Le centre cardio-renforçateur*** (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, t. 54, n° 23, 7 Juin 1936, p. 606-610). — En étudiant les réactions cardio-vasculaires d'origine bulbaire succédant aux réactions chimiques de la région, on peut mettre en évidence l'existence d'un centre cardio-renforçateur bulbaire.

Dans les minutes qui suivent une application de bromure de potassium sur la partie inférieure du plancher du 4e ventricule, chez le chien chloralosé, on constate que les plaies opératoires de l'animal se mettent à saigner et parfois, il se produit une crise d'œdème aigu du poumon qui peut être mortelle. Au moyen du kymographe, on voit que la tension s'élève assez rapidement dans des proportions importantes passant, par exemple, de 7 à 14 en cinquante secondes, de 7 à 18 en deux minutes. L'amplitude systolique augmente beaucoup. L'écart systo-diastolique pouvant dépasser 15 cm. de mercure, alors qu'à l'état normal il est compris entre 1 et 2 cm. En même temps, le cœur se ralentit, par exemple de 104 à 65. Ces diverses réactions durent quelques minutes, une dizaine au maximum, puis tout revient à la normale. Une deuxième excitation n'est suivie que d'une réaction faible ou nulle.

Une centaine de réactions où ont été enregistrées des modifications cardio-vasculaires à la suite de l'excitation du plancher du 4e ventricule permettent d'affirmer qu'il s'agit là d'un phénomène constant, d'une réaction normale et que l'existence d'un centre cardio-renforçateur ne peut être mise en doute. Les phénomènes ne se produisent pas si l'on excite un autre point, notamment le nerf pneumogastrique, soit intact, soit sectionné.

Dans des expériences de décérébration, l'excitation bulbaire demeure efficace après suppression complète de l'encéphale jusqu'à la protubérance.

Pour éliminer les manifestations dues à l'excitation possible du centre adrénalino-sécréteur bulbaire, des expériences de contrôle ont été réalisées chez des chiens ayant préalablement subi l'ablation bilatérale des capsules surrénales. Pour mettre hors de cause l'action régulatrice sur la tension artérielle, des zones vaso-sensibles du sinus carotidien, on a repris les expériences chez des animaux ayant subi la section des nerfs de Héring.

Enfin, pour éliminer toute réaction vaso-motrice, on a, soit avant, soit après l'excitation bulbaire, sectionné la moelle cervicale des animaux.

L'action cardio-renforçatrice bulbaire se transmet au cœur par la voie des nerfs pneumogastriques.

Le rôle en clinique du centre cardio-renforçateur bulbaire n'a pas encore été déterminé.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

A. Leulier et **B. Pommé.** ***Sur la perméabilité des méninges aux médicaments*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **17**, n° 391, 5 Juin 1936, p. 393-401). — Sur 22 sujets exempts de toute manifestation méningée (dont le liquide céphalo-rachidien renfermait 1 à 2 lymphocytes par millimètre cube, moins de 0 centigr. 30 d'albumine par litre, ayant une courbe normale de précipitation du benjoin colloïdal et un Bordet-Wassermann négatif), après ingestion de 6 gr. de salicylate de soude, on a dosé simultanément l'acide salicylique dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Un seul dosage a été fait pour chaque individu, mais les recherches ont été faites à des heures variant de 1 à 31 heures après la prise de salicylate. Dans le sang, l'acide salicylique apparaît dès la 1re heure pour atteindre son maximum à la 2e heure (374 milligr. par litre), pour disparaître à la 21e heure. Dans le liquide céphalo-rachidien, il ne fait son apparition qu'à la 3e heure pour atteindre son maximum à la 8e heure (52 milligr. par litre) et disparaître à la 17e heure. Le rapport de l'acide salicylique rachidien à celui du sérum est de 1/11 au bout de 3 heures, il croît peu à peu pour atteindre environ 1/8 à la 6e heure et 1/4 à la 8e heure, puis il diminue, le liquide céphalo-rachidien se débarrassant de son salicylate plus vite que le sang.

Des recherches analogues ont été faites après l'ingestion de 6 gr. d'iodure de potassium. Le taux le plus élevé dans le sang est 4 heures 1/2 plus tard (200 milligr.). L'iodure passe dans le liquide céphalo-rachidien, c'est aussi vers 4 h. 1/2 qu'on en trouve le plus (4 milligr.). Le rapport de la concentration dans les deux liquides est à ce moment de 1/50 et devient un peu plus élevé une 1/2 heure plus tard.

Des chiffres très analogues ont été observés après la prise de 6 gr. d'iodure de sodium.

A l'état pathologique, la perméabilité méningée au salicylate de soude a été trouvée diminuée dans 2 cas de polynévrite diphtérique tardive et dans 3 cas de syndrome parkinsonien récent. La perméabilité hémo-méningée a été trouvée normale chez un sujet présentant un syndrome d'Adie.

La perméabilité méningée à l'iodure de potassium était normale au cours d'une paralysie générale *incipiens* et d'une striatite spécifique; elle était diminuée à la période d'état d'une autre paralysie générale.

On ne saurait comparer la barrière hémo-méningée à une membrane inerte, elle semble faire une certaine discrimination entre les cristalloïdes.

Robert Clément.

M. et **Mme J. Enselme.** ***Sécrétions internes et métabolismes. I. Des états basedowiens. Etude du métabolisme chimique des états hyperthyroïdiens*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **17**, n° 394, 5 Juin 1936, p. 403-409). — L'augmentation du métabolisme basal est considérée comme le symptôme indispensable des états hyperthyroïdiens, l'élément caractéristique de la participation glandulaire. Du point de vue énergétique, l'augmentation du métabolisme de base exprime un accroissement de la chaleur irradiée par l'animal. Du point de vue chimique, ce sont en pratique uniquement les oxydations qui font les frais de cette augmentation métabolique. Constater une augmentation du métabolisme basal revient à affirmer un accroissement des oxydations tissulaires. C'est la mensuration directe de ces oxydations qui permet chez l'homme de mesurer indirectement le métabolisme de base.

Sous l'action des produits thyroïdiens, il y a augmentation des oxydations locales; il est difficile de fixer la part que prend chaque organe dans ces oxydations car il y a des variations importantes d'une expérience à l'autre et la dose injectée, ou le rythme des injections, jouent un rôle capital.

Un certain nombre de faits plaident en faveur d'une utilisation privilégiée des lipides pour réaliser ces oxydations supplémentaires. Les protides sont utilisés de la même façon chez les basedowiens et chez les sujets normaux. Le cycle des glucides est modifié de façon plus complexe : le temps aérobie est augmenté alors que les temps anaérobies sont diminués; un certain degré d'hyperglycémie en est l'habituelle conséquence clinique. Enfin, ces oxydations, qui se réalisent aux dépens de l'oxygène atmosphérique, par l'intermédiaire de certaines molécules dont le type est le cytochrome, exigent d'énormes apports d'oxygène au niveau des tissus, d'où augmentation du débit cardiaque et tachycardie.

L'action globale de l'hormone thyroïdienne n'est peut-être que le résultat d'un équilibre entre la thyroxine et la diiodotyrosine, son antagoniste au point de vue métabolique. Il est possible que les dysthyroïdies naissent de la rupture de cet équilibre.

Robert Clément.

Hermann et **J. Dechaume.** ***Etude critique des embolies cérébrales expérimentales. Confrontation des constatations d'anatomo-pathologie et des documents physio-pathologiques*** (12e mémoire) [*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **17**, n° 396, 5 Juillet 1936, p. 455-469]. — La confrontation des documents anatomiques (radiographies, examens macroscopiques et microscopiques *post mortem*) et des tracés physiologiques sur 23 chiens

chez qui l'on avait pratiqué l'embolisation carotidienne expérimentale a mis en évidence la complexité d'une expérimentation aussi élémentaire.

Toutes les interprétations données de ce que l'on est convenu d'appeler l'embolie cérébrale expérimentale sont sujettes à caution et doivent être revisées en tenant compte de la complexité des lésions et des mécanismes physio-pathologiques mis en cause.

Contrairement à l'opinion classique qui prétend que l'embolisation carotidienne donne une embolie cérébrale et un ramollissement cérébral, on a constaté que dans les cas où l'embolisation est rapidement mortelle, l'embolie est encéphalo-bulbo-médullaire. Les plexus choroïdes et l'hypophyse sont intéressés; le ramollissement n'est pas visible, mais les lésions sont complexes et les hémorragies microscopiques ou macroscopiques sont les premières altérations.

L'étude physio-pathologique des embolisations carotidiennes montre la possibilité de réaliser des hypertensions paroxystiques en atteignant directement les centres vaso-moteurs étagés dans l'axe cérébrospinal: centres médullaires, bulbaires et sans doute infundibulo-tibérien. Elle montre que l'anémie et les lésions des centres nerveux vaso-moteurs, bulbo-médullaires sont capables de provoquer d'énormes hypertensions. À côté de l'ischémie centrale, il faut placer, parmi les causes des réactions observées, les dégâts anatomiques occasionnés dans la substance nerveuse. Chez les animaux porteurs de sections pré- ou sous-bulbaires, l'embolie du névraxe est suivie des mêmes effets hypertenseurs, qu'elle atteigne seulement le bulbe, ou le bulbe et la moelle, ou la moelle seule.

La participation éventuelle des appareils vaso-moteurs périphériques à la constitution des syndromes hypertensifs n'est pas à rejeter: chez des chiens privés de la totalité de leur moelle, on a observé des hypertensions passagères.

Il semble bien qu'une série d'interactions réciproques semblent se succéder, après injection de poudre oblitérante vers le cerveau par la voie carotidienne, entre les altérations encéphaliques et les désordres cardio-vasculaires hypertensifs, pour réaliser toutes les transitions entre le ramollissement et l'hémorragie cérébrale.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE LA FACULTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BEYROUTH

A. Israël. ***Valeur de l'exploration des artères d'un membre par la méthode oscillométrique*** (*Annales de la Faculté française de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth*, t. **5**, n° 2, Mars-Avril 1936, p. 94-104). — L'exploration des artères d'un membre par la méthode oscillométrique ne renseigne que d'une façon imparfaite sur l'état du système artériel, même lorsque cette recherche est faite au repos et sous l'influence de l'effort, après épreuve calorique de Babinski-Heitz et après épreuve de la trinitrine.

Deux observations personnelles montrent que l'absence d'indice oscillométrique ne correspond pas nécessairement à des troubles trophiques graves. Dans 3 observations inédites et 5 recueillies dans la littérature, on a pu constater que l'absence d'indice oscillométrique avec gangrène grave n'est pas un signe d'oblitération artérielle. Il y a des gangrènes diabétiques, sans diminution et même avec augmentation de l'indice oscillométrique, même lorsque l'artérite est radiologiquement visible.

Dans l'interprétation des troubles de la perméabilité artérielle, il faut tenir compte de la rigidité des vaisseaux, de la circulation continue, des spasmes artériels et des réactions spéciales du sympathique. ROBERT CLÉMENT.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

H. Curschmann. ***Réactions myéloïdes et leucémies vraies dans la période tardive de la syphilis*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 19, 8 Mai 1936, p. 762). — Les relations étiologiques entre syphilis et leucémies ont été très discutées et nombre d'auteurs actuellement nient la participation de la syphilis dans le déterminisme des leucémies sanguines.

Les observations cliniques relevées par C. l'amènent cependant à admettre qu'il existe, rarement mais indiscutablement, des leucémies myéloïdes et lymphoïdes leucémiques et aleucémiques chez les syphilitiques anciens. Les réactions sanguines myéloïdes paraissent assez fréquentes dans la syphilis tardive. Il est probable que chez certains sujets il existe une prédisposition constitutionnelle qui favorise le déclanchement de leucémies vraies à l'occasion d'infections touchant les organes hématopoïétiques telles que la syphilis même lors de sa période tardive.

G. DREYFUS-SÉE.

H. Seel, H. Carls et **H. Lodenkämper.** ***Influence du venin d'abeilles sur l'image sanguine et sur les éliminations calciques et phosphorées dans les urines en comparaison avec l'action du sulfure de dichloréthyle*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 19, 8 Mai 1936, p. 766-768). — Des expériences comparatives ont été faites sur l'influence exercée par le venin d'abeilles et celle d'une substance chimique qui provoque au niveau de la peau une réaction analogue.

1° Après injection intra-dermique dans la peau rasée du lapin de 0 cmc 5 de venin d'abeilles on observe:

a) *Dans les urines:* diurèse notable avec rétention calcique modérée au 6e jour. Les premiers jours existe une diminution accentuée de l'élimination des phosphates acides surtout inorganiques.

b) *Dans le sang:* excitation de l'hémopoïèse, formule de régénération sanguine: leucocytose, augmentation de lymphocytes, apparition de formes jeunes, diminution des éosinophiles; ultérieurement, multiplication des érythrocytes, polychromatophilie, présence des réticulocytes.

2° Après application de 1 milligr. de sulfure de dichloréthyle sur la peau rasée du lapin, on observe:

a) *Dans les urines*, diminution du volume urinaire, rétention calcique accentuée, plus tard dilution calcique rapide, élimination phosphatique passagèrement augmentée.

b) *Dans le sang:* formule caractérisée par de nombreuses formes de dégénérescence, leucocytose lymphocytaire passagère, augmentation des cellules baso- et éosinophiles, polychromatophilie, poïkilocytose, etc.

Les expériences démontrent donc que l'action réelle des 2 produits n'est nullement analogue malgré la réaction cutanée semblable. Le rôle du venin d'abeille paraît être plus important qu'une simple action sensibilisante.

G. DREYFUS-SÉE.

G. O. Harnapp. ***Hyperinsulinisme*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 21, 22 Mai 1936, p. 840-842). — Les hypoglycémies sont provoquées par plusieurs mécanismes:

1° Défaut de l'apport sucré: faim, non-assimilation du glycogène.

2° Augmentation de l'insuline: hyperfonctionnement primitif du système insulaire, excitations de la sécrétion, suppression des facteurs inhibants.

3° Insuffisance de l'hormone hyperglycémiante par altération des surrénales, de l'hypophyse ou de la thyroïde.

4° Troubles d'origine nerveuse dont le mécanisme demeure obscur: malformations, tumeurs, blessures cérébrales.

L'observation relatée par H. concerne un cas d'hyperfonctionnement primitif de l'appareil insulaire chez une fillette de 6 ans chez laquelle apparurent subitement des accès convulsifs paraissant uniquement conditionnés par une notable hypoglycémie et régressant sous l'influence des injections glucosées. Ce cas, qui paraît le premier observé d'hyperinsulinémie primitif chez l'enfant, a été guéri par intervention chirurgicale. L'opération pratiquée par Sauerbruch a montré une tumeur de la taille d'une cerise située à l'union de la 2e et 3e portion du pancréas et recouverte de tissu pancréatique sain. La tumeur énucléée a été examinée histologiquement: il s'agissait d'un adénome insulaire.

Après l'intervention, les troubles divers du métabolisme ont rapidement disparu, la courbe glycémique est devenue normale, le jeûne a été très bien supporté; l'enfant, qui présentait une obésité notable, a repris un aspect normal et ses troubles psychiques ont disparu.

Actuellement, 2 mois après l'opération, la fillette peut être considérée comme guérie sans séquelle.

G. DREYFUS-SÉE.

W. Schmidt. ***Transfusion sanguine dans la méningite cérébro-spinale*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 22, 29 Mai 1936, p. 881-883). — A la suite d'une communication de Noll relatant 5 guérisons rapides de méningites méningococciques graves infantiles à la suite de transfusions sanguines, S. a tenté de traiter 4 cas semblables chez des enfants de 3, 4 et 8 ans par les transfusions répétées sans sérothérapie. Chacun de ces enfants a reçu à 3 reprises 2 à 300 cmc de sang intraveineux et le contrôle du liquide céphalo-rachidien, de même que les modifications du tableau clinique, semblent démontrer la remarquable efficacité de cette thérapeutique. Dans 2 cas guérison absolue, dans les 2 autres guérison avec séquelles persistantes.

G. DREYFUS-SÉE.

Hilgermann. ***Chimiothérapie efficace des injections streptococciques à l'aide des sels biliaires*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 22, 29 Mai 1936, p. 883-884). — L'observation de malades traités par les diverses médications chimiques a montré à H. qu'aucune chimiothérapie antibactérienne ne pouvait agir par stérilisation absolue des germes. Il admet que leur mode d'action est *l'immunisation active de l'organisme par les germes infectieux tués* dans l'organisme à l'aide des substances chimiques antiseptiques.

Des expériences pratiquées sur la souris blanche infectée par le pneumocoque et traitée par des doses infimes de sels biliaires ont confirmé cette manière de voir:

Expérimentalement, les sels biliaires, employés à doses minimes, ont fourni également des résultats satisfaisants après infection par le streptocoque.

L'utilisation de chimiothérapie minimale a le grand avantage de pouvoir être poursuivie longtemps. En clinique, les essais pratiqués dans des cas variés d'infection streptococcique ont fourni des résultats satisfaisants non seulement à titre curatif mais encore lors de traitements prophylactiques.

G. DREYFUS-SÉE.

G. Schafer. ***Les résultats de la chimiothérapie par les sels biliaires dans l'infection puerpérale et lors d'infections streptococciques gynécologiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 22, 29 Mai 1936, p. 884-886). — Depuis

18 mois, S. utilise en clinique le traitement antistreptococcique basé sur les expériences de Hilgermann. Il injecte aux malades tous les jours 1 ou 2 fois 5 cmc de la solution de sels biliaires intraveineux et intra-musculaires. Le plus souvent, sauf dans les cas graves, une seule injection intramusculaire suffit. Aucune réaction sérieuse n'a été observée. Dans quelques cas mixtes l'association de vaccination staphylococcique a dû être pratiquée. Enfin, à titre de traitement auxiliaire, S. a utilisé en goutte à goutte une solution glucosée alcoolique qui lui paraît avoir une action favorable en général dans les états graves avec chute de la résistance de l'organisme.

Les cas traités comportent :

Un 1er groupe de 19 cas graves dont 16 guéris :

1° 5 cas d'avortements suivis de septicémies avec frissons (2 à 7 frissons). Chez 2 des femmes le streptocoque avait été mis en évidence dans l'hémoculture.

2° 8 cas d'accouchements septiques suivis de frissons simples ou répétés (jusqu'à 8 frissons). Dans 4 de ces cas, le streptocoque hémolytique a été décelé dans le sang et dans 1 cas le streptocoque *viridans*. En outre, 2 fois, on note l'association de staphylocoque ou de diplocoque nécessitant un traitement auto-sérothérapique.

3° Un cas de placenta praevia infecté avec streptococcémie et staphylococcémie vérifiées.

4° 2 cas d'infections post-partum et post-abortum plus tardives.

Chez 10 de ces malades, on observa une localisation secondaire de l'infection (phlébite, abcès annexiel).

Un 2e groupe de 44 cas légers. Il est possible d'ailleurs que la bénignité de ces formes soit, dans un certain nombre de cas, due à la précocité et à l'efficacité du traitement.

Enfin un 3e *groupe de 12 femmes atteintes d'infections gynécologiques* chez lesquelles le traitement eut pour résultat de limiter l'infection et de préparer le terrain pour permettre l'intervention chirurgicale curative.

G. Dreyfus-Sée.

F. Hasselbach. *Le déficit en vitamine C chez les tuberculeux* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 23, 5 Juin 1936, p. 924). — L'étude de la vitamine C a été faite chez les tuberculeux en étudiant l'élimination urinaire de l'acide ascorbique par la méthode de Tillmann après injection intra-veineuse de 0 gr. 10 de la préparation d'acide ascorbique : la courbe d'élimination avait été établie par Ippen qui considérait que 4 milligr. représentaient la limite normale supérieure.

H. distingue 4 types de courbes :

Courbe aplatie : jusqu'à 2,9 milligr. pour 100.

Courbe négative moyenne (3 à 4 milligr. pour 100).

Courbe positive moyenne, 4,1 milligr. à 5,9 milligr. pour 100.

Courbe élevée (6 milligr. pour 100 et au-dessus).

Ces courbes sont comparées avec les résultats de la réaction de sédimentation, l'image sanguine et la température des malades.

Il n'y a pas de parallélisme entre les réactions sanguines et la courbe ascorbinique ; par contre, on constate que tous les tuberculeux pulmonaires fébriles avec fibres élastiques dans leurs crachats ont une courbe aplatie indiquant un déficit accentué en vitamine C.

Ces résultats inutilisables au point de vue diagnostic ou pronostic de la bacillose sont intéressants en ce qu'ils démontrent la carence C chez les tuberculeux.

L'expérience clinique montre que l'administration de vitamine C peut transformer une courbe aplatie en courbe élevée, alors que cette transformation n'est pas obtenue par l'ingestion d'autres médicaments (calcium par exemple).

Le nombre d'observations demeure trop faible pour permettre d'affirmer que ce traitement amène une amélioration clinique, mais les résultats favorables doivent encourager à poursuivre les essais.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

H. Sugihara, S. Nagasawa et H. Okabe. *Recherches expérimentales et cliniques sur la taurine* (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 21, 23 Mai 1936, p. 751-756). — Les propriétés pharmacodynamiques de la taurine ($NH^2CH^2CH^2SO^3H$) ont été étudiées par divers auteurs et les résultats obtenus ont été contradictoires. S. et ses collaborateurs ont repris ces recherches en utilisant la taurine chimiquement pure, plusieurs fois recristallisée, dont le point de fusion est de 320°.

Au point de vue expérimental, la taurine provoque sur le cœur de grenouille, de tortue et de lapin une augmentation de l'action du cœur même si ce cœur est affaibli par réduction d'oxygène, nicotine, etc. Sur les vaisseaux, on constate une dilatation nette quand il s'agit de lapin mais moins marquée quand il s'agit de tortue.

Sur les centres respiratoires, la taurine paraît n'exercer aucune action nette. Les contractions rythmiques de l'intestin sont augmentées par une solution à 5 pour 100 de taurine. Dans 4 cas sur 17, une même solution a allongé le temps de réaction sous l'influence d'acide acétique. Cet allongement était d'ailleurs peu important. Avec une solution de taurine plus concentrée (10 pour 100), le nombre des réactions positives a été plus élevé.

Au point de vue clinique, la taurine a d'abord été utilisée dans les affections intestinales à des concentrations variant de 5 à 10 pour 100. L'injection a été faite à la dose de 10 à 20 cmc généralement par voie intraveineuse et renouvelée 2 ou 3 fois par jour. Les résultats ont été intéressants chez 5 sujets atteints de diarrhée dont les observations sont données. Il ne semble pas que la durée des effets de ce médicament persiste après qu'on en a cessé l'administration. Dans quelques cas, la taurine a augmenté la fièvre dans une proportion qui n'était d'ailleurs pas en rapport avec les doses. Il est ainsi donné 2 observations de malades chez lesquels la taurine a pu supprimer la douleur. Il s'agissait une fois d'ulcère par décubitus et l'autre fois d'hypersensibilité pour un diurétique (diurétine).

La taurine a fait également l'objet d'applications locales directes notamment dans la tuberculose du larynx.

P.-E. Morhardt.

Willy Gebert. *Fonction capillaire et menstruation* (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 23, 6 Juin 1936, p. 828-830). — On tend à admettre que la menstruation représente un processus, non pas local, mais intéressant l'ensemble de l'organisme féminin. Les constatations faites (élévation de la pression sanguine, migraine, déplacement de l'équilibre acide-base, diminution du nombre des thrombocytes et prolongation du temps de coagulation, etc.) au début de la menstruation en sont une preuve.

Des hémorragies autres que des hémorragies internes ont été également signalées à ce moment et ont amené G. à rechercher si la fonction capillaire n'était pas elle aussi intéressée. Pour cela, il a utilisé l'appareil et la méthode de Nothhaas qui permettent de mesurer le temps de latence dermographique (faculté des capillaires cutanés de se dilater au bout d'un certain temps après excitation déterminée). Il a été ainsi constaté que 2 ou 3 jours avant le début des règles, ce temps s'élève légèrement puis s'abaisse. Le début des règles coïncide avec l'acmé de la courbe. A partir de ce moment, il survient un nouvel abaissement avec chute passagère au-dessous de la normale. Cette courbe est tout à fait semblable à celle qui a été obtenue par Hagen au moyen de l'examen microscopique des capillaires cutanés, examen qui permet de constater un état spastique des capillaires dont le maximum correspond avec le début de l'hémorragie.

Bien que la pression sanguine qui a été mesurée par G. chez un certain nombre de femmes s'élève également pendant le *premenstruum*, on ne peut cependant pas établir un parallélisme entre cette courbe et celle du temps de latence.

P.-E. Morhardt.

Arthur Jores. *La signification de l'hypophyse dans la pathogénèse de l'hypertension et plus spécialement de l'hypertension essentielle* (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 24, 13 Juin 1936, p. 841-846). — L'hypophyse intervient dans la régulation de la pression sanguine soit directement par surproduction de vasopressine, soit encore indirectement en stimulant les surrénales. Cushing fait jouer un rôle surtout au premier de ces deux mécanismes plus spécialement aux cellules basophiles de l'hypophyse. De même une série d'auteurs pensent que l'éclampsie est due à un fonctionnement exagéré du lobe postérieur de l'hypophyse. D'ailleurs, Anselmino et Hoffmann sont arrivés à extraire du sang d'éclamptique une substance qui élève la pression sanguine et semble identique à l'hormone du lobe postérieur. On est arrivé, aussi, à distinguer, parmi les hormones de l'hypophyse, un principe qui agit sur l'écorce et un autre qui agit sur la moelle des surrénales. J. a d'ailleurs pu mettre en évidence la production, dans la maladie de Cushing, d'un excès d'hormone corticotrope capable de provoquer sur les surrénales de la souris infantile des modifications caractéristiques.

Le sérum, recueilli chez les malades, est soumis à une préparation spéciale et administré en injection aux animaux qui sont sacrifiés au bout de 24 heures. On calcule ensuite l'augmentation du poids des surrénales en fonction du poids du corps ainsi que les modifications relatives de la zone fasciculée et de la zone glomérulaire. On constate ainsi que le quotient *surrénales + 100 : poids du corps* s'élève au-dessus de 25 et que la zone fasciculée double presque de volume, la zone glomérulaire n'augmentant qu'à peine. Ces modifications sont identiques à ce qui est observé sous l'influence de l'hormone proprement dite. Il y a également identité au point de vue physico-chimique, notamment au point de vue de la thermostabilité, de l'absorption par le charbon, de l'action des rayons ultra-violets, de la solubilité, etc.

Une série de malades atteints d'hypertension a fait l'objet de recherches à ce point de vue. Ces malades se répartissent en 4 groupes. Le premier comprend 6 cas de maladie de Cushing dans le sérum desquels on a pu trouver une forte proportion d'hormone corticotrope. Dans le second groupe figurent 8 cas de néphropathies de la gravidité et 4 d'éclampsie caractérisée. Dans ce groupe, l'hormone corticotrope n'était guère augmentée. Dans le troisième groupe, comprenant 4 cas d'hypertension rénale ayant entraîné la mort par urémie, l'hormone corticotrope n'a été rencontrée, en proportion d'ailleurs faible, que dans un cas. Le quatrième groupe, comprenant 28 cas d'hypertension essentielle, a donné 20 fois un excès d'hormone corticotrope dans le sang. L'examen histologique des surrénales des animaux soumis à l'injection du sérum de malades atteints d'hypertension essentielle a montré les modifications qui sont caractéristiques, c'est-à-dire un excès d'hormone corticotrope (teneur en chrome, vacuoles, etc.). L'ensemble de ces faits contribue à montrer que l'hypophyse joue un rôle important dans la pathogénèse de l'hypertension aussi bien dans la maladie de Cushing que dans les formes sévères d'hypertension essentielle.

P.-E. Morhardt.

Giuseppe Lazzaro. *La question de l'emploi de digitale dans la tachycardie paroxystique* (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 27, 4 Juillet 1936, p. 961-962). — L. rappelle l'emploi de la digitale dans la tachycardie paroxystique tel qu'il a été préconisé par Bohnenkamp (voir *La Presse Médicale* du 7 Septembre 1935) et par Aschenbrenner. A ce propos, il note que les Traités en général ne font pas mention de cette thérapeutique. A deux reprises cependant, il a eu l'occasion d'observer que cette méthode thérapeutique donne des résultats remarquables. Chez un homme de 38 ans, dont les crises de tachycardie sont devenues progressivement plus fréquentes et plus longues et qui en présente une depuis trente-deux jours avec de la cyanose, de la dyspnée, de la dilatation du cœur, de la stase pulmonaire et hépatique, 200 pulsations par minute, cette médication a été utilisée alors que les autres méthodes (compression de la carotide, quinidine) étaient restées sans résultat. Des préparations de digitale en injection intraveineuse (digipurat) à la dose de 1 cmc et, 2 heures plus tard, de digalène à la dose de 2 cmc sont restées le premier jour sans résultat. Mais le lendemain, une nouvelle injection (2 cmc de digipurat) fit tomber le pouls à 96 et l'état général s'améliora rapidement. De nouveaux accès plus ou moins longs reparurent et, 26 jours plus tard, une nouvelle crise plus sévère nécessita l'administration de digitale *per os* (1 gr. de poudre en infusion, puis, au bout de quelques jours, 10 centigr. de poudre par jour pendant 20 jours) qui fit cesser les accès.

Dans le second cas, il s'agit d'un malade de 22 ans atteint de sténose mitrale chez lequel la compression du bulbe carotidien, l'administration de quinidine ou les injections intraveineuses de quinine échouèrent. On pratiqua également une injection intraveineuse d'une préparation de digitale (digipurat) qui permit, une heure plus tard, de faire tomber la fréquence du pouls à la normale par compression de la carotide.

A ce propos, L. donne l'observation d'un trouble de la conduction provoqué par la digitale dans un cas de tachycardie paroxystique. Il s'agit d'un malade de 14 ans qui présente des palpitations sans raison apparente et chez qui, à l'entrée, on constate que le pouls est à 188. Des injections intraveineuses d'une préparation de digitale (digalène), pratiquées dans un autre service, eurent pour effet de ramener apparemment le pouls à 90. Mais on constata par l'électrocardiogramme qu'en réalité les oreillettes battaient à 188 et les ventricules à 94. On cessa la médication pendant 18 jours sans que l'électrocardiogramme se modifiât. A ce moment, le pouls avait une fréquence de 120 et l'électrocardiogramme présentait des périodes de Wenckebach, puis à chaque contraction des oreillettes répondait une contraction du ventricule; enfin, l'état normal se rétablit.

Bien que des troubles de la conduction de ce genre s'observent en cas de fibrillations auriculaires, néanmoins, il y a lieu d'admettre que chez ce malade, c'est l'administration de digitale qui a provoqué ce bloc cardiaque. Ainsi, en cas de tachycardie paroxystique, on ne doit administrer la digitale avec précaution que dans les cas sévères et de très longue durée. Il est probable que la méthode de Bohnenkamp qui préconise de fortes doses est préférable à de petites doses répétées.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

H. Schrœder et M. Einhauser. *Relations entre les troubles de résorption de la vitamine C et la pigmentation pathologique dans les gastro-entérites et l'achylie gastrique* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 23, 5 Juin 1936, p. 923-925). — Plusieurs observateurs ont noté la diminution des pigmentations pathologiques sous l'action de l'administration de vitamine C.

Au cours des gastro-entérites chroniques en particulier, des troubles des échanges pigmentaires ont été observés, et il est possible de mettre en évidence une résorption insuffisante de la vitamine, C dans le tractus digestif de ces malades. Ces anomalies peuvent être provoquées par une altération anatomo-physiologique de l'estomac et de l'intestin grêle ou par les troubles des réactions chimiques dans le tube digestif. Parfois, les deux ordres de facteurs agiront simultanément.

Chez des malades atteints de gastro-entérite chronique avec pigmentation, de même que chez les addisoniens, il est possible d'obtenir une régression de la pigmentation anormale en même temps qu'on met en évidence une assimilation de vitamine C accrue.

De même que dans toutes les maladies par carence, il est donc possible de décrire plusieurs degrés d'avitaminose ou hypovitaminose C.

1° Primitive succédant à la carence d'apport en vitamine C de la ration.

2° Secondaire par diminution de la résorption de la vitamine ingérée en quantité suffisante. Cette inhibition peut être due à une infection du tube digestif ou à des troubles du chimisme digestif. Toutes les maladies des voies digestives peuvent en provoquer, mais surtout celles qui atteignent la partie initiale du grêle et celles qui s'accompagnant d'achylie gastrique.

3° Le déficit en vitamine C peut succéder à toutes les maladies dans lesquelles des besoins accrus en vitamine C persistent longtemps: par exemple les infections chroniques, telles que tuberculose et cancer.

Dans toutes les manifestations d'avitaminose C par troubles de la résorption, l'administration *per os* de la vitamine demeure insuffisante et doit être complétée par voie parentérale.

G. Dreyfus-Sée.

M. Hochrein. *Thérapeutique des troubles circulatoires par les extraits d'organes* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 24, 12 Juin 1936, p. 961-967). — Une révision de la littérature concernant l'efficacité des extraits d'organes dans le traitement des affections circulatoires montre, par les contradictions qu'on y relève, que le point crucial du problème n'est jusqu'à présent pas atteint.

Avant d'ailleurs de se demander quels sont les symptômes ou les syndromes favorablement influencés, il importe de déterminer clairement quelles modifications hémo-dynamiques on peut attendre de l'emploi d'extraits organiques.

La thérapeutique circulatoire nécessite des médications qui agissent sur la pression artérielle, la fréquence du pouls et le volume de la masse sanguine circulante, de façon à stimuler la répartition sanguine dans l'organisme dans une direction déterminée sans fatiguer le cœur.

L'étude expérimentale des extraits d'organes montre qu'ils répondent à cette définition en ce sens qu'ils provoquent une meilleure hématose du muscle cardiaque, du cerveau, et de la musculature volontaire, aux dépens de la peau et surtout des plexus péri-papillaires. Cette constatation peut être utilisée en clinique dans le traitement par les extraits d'organes d'affection due à une insuffisance circulatoire fonctionnelle du myocarde, des centres nerveux encéphaliques et des muscles. C'est ainsi qu'on sera amené à discuter ce mode de traitement dans l'angine de poitrine, lors de palpitations, céphalées, vertiges, syndrome de Ménière, myocardite rhumatismale aiguë, claudication intermittente, maladie de Buerger, gangrène sénile ou diabétique, etc.

Les observations cliniques montrent que les indications doivent être strictement posées et souvent plusieurs organes essayés successivement avant d'obtenir un résultat thérapeutique.

Le mode de traitement a été établi par H. en clinique. Il a pu montrer l'efficacité de l'administration *per os* des extraits organiques en se basant non seulement sur l'appréciation subjective des malades, mais encore sur l'expérimentation chez l'animal.

G. Dreyfus-Sée.

N. Cleudon. *Relations statistiques entre goitre, maladie de Basedow et teneur en iode* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 25, 19 Juin 1936, p. 1002-1007). — Cet article comporte plusieurs cartes montrant la répartition géographique du goitre, de l'exophtalmie, de la teneur en iode de l'eau, dans plusieurs groupes d'individus aux Etats-Unis, en Angleterre et en Suède; en outre, un tableau statistique important met en évidence la proportion des goitres simples par rapport aux goitres thyréo-toxiques dans les divers pays d'Amérique et d'Europe d'après les principaux travaux publiés.

La critique de ces statistiques montre qu'en réalité la plupart des chiffres doivent être revisés.

Une seule de ces statistiques est directement utilisable, et elle montre une même répartition géographique des deux affections et une proportion inverse entre leur importance numérique et la teneur en iode des principales substances nutritives de la région. Les autres statistiques ne peuvent donner que des indications, car les méthodes d'exploration varient. Une courbe comparative, établie cependant en tenant compte de ces divergences, confirme les conclusions indiquées ci-dessus.

G. Dreyfus-Sée.

H. *Contribution au traitement de la Myopathie (auto-observation)* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 25, 19 Juin 1936, p. 1013). — En 1933 (*Münchener medizinische Wochenschrift*, n° 47, p. 1865), H. a publié son auto-observation de myopathie et indiqué l'arrêt de l'évolution sous l'influence du traitement par le glycocolle. Il indique actuellement que cette efficacité du glycocolle se maintient depuis 3 ans à condition de poursuivre régulièrement la thérapeutique de façon presque continue. De temps à autre, cependant, des incidents cutanés (furoncles et même anthrax) ont nécessité l'interruption passagère du traitement. L'essai de doses élevées pratiqué au début avait amené des phénomènes de fatigue et une diminution de la force musculaire qui ont cédé lors de l'institution d'un traitement plus modéré.

Actuellement, les doses optima paraissent être 5 gr. par jour avec interruption de 1 ou 2 jours tous les 8 ou 10 jours et de 5 à 6 jours toutes les 4 à 6 semaines.

Des efforts musculaires nécessitent l'augmentation de la dose jusqu'à 10 à 15 gr. par jour, mais il faut ensuite instituer une pause de plusieurs jours.

En outre, l'ingestion abondante de sucre paraît utile au maintien de l'état général et elle favorise le fonctionnement musculaire.

En ce qui concerne le mode d'existence, il faut éviter les fatigues musculaires excessives (poussée évolutive provoquée par le surmenage musculaire pendant la guerre), mais, par contre, des exercices musculaires quotidiens systématiques semblent favorables et il faut se garder de laisser au repos les muscles qui ont tendance à s'atrophier.

En conclusion, H. insiste sur l'importance d'une volonté énergique et affirme sa confiance dans l'efficacité de l'effort patient quotidien grâce auquel depuis 30 ans il a réussi à conserver une existence relativement active avec 6 à 8 heures de pratique médicale modérée chaque jour.

G. Dreyfus-Sée.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Gunter Stephan. ***Le régime dans la rosacée*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **103**, n° 30, 25 Juillet 1936, p. 1013). — La couperose, qui paraît due à un trouble vasculaire, est souvent rebelle à toute médication.

G., partant de ce principe que le sodium en excès irrite les parois vasculaires, a traité un certain nombre de rosacées par le régime sans sel (suppression de la charcuterie, des aliments fumés, du fromage du pain, du beurre, usage d'aliments frais); en même temps, il prescrit l'usage de sels de calcium et de magnésium, pour compenser la suppression du sodium.

Sur 16 cas de rosacée, traités par cette méthode en 1 an, 4 furent peu influencés; mais 12 virent disparaître promptement les pustules d'acné en 8 à 10 jours, en même temps qu'on notait une pâleur très nette du visage.

R. Burnier.

ZEITSCHRIFT FUR TUBERCULOSE (Leipzig)

Lüdeke. ***Guérison de la tuberculose miliaire rhumatogène chez l'enfant*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **74**, n° 6, 1936, p. 409-425). — Les deux cas rapportés par L. et qui concernent un nourrisson et un adolescent ayant succombé tous deux à une méningite tuberculeuse, et à l'autopsie desquels on put mettre en évidence les traces d'une tuberculose miliaire pulmonaire guérie, apportent une contribution à la guérison anatomique possible de la tuberculose miliaire. Chez l'un des patients, un enfant d'un an, on trouve à l'examen radiographique des poumons un ensemencement miliaire pulmonaire typique, puis tout disparaît, mais 7 mois plus tard apparaît une coxalgie et trois mois après l'enfant succombe à une méningite tuberculeuse.

L'autre cas concerne un garçon de 15 ans présentant depuis un an des troubles de l'état général, et depuis 4 un mal de Pott. Il succomba également à une méningite tuberculeuse.

Chez ces deux enfants, on retrouva dans les poumons, dans la rate et dans le foie, un ensemencement de tubercules miliaires *cicatrisés*, dans lesquels on ne put retrouver de B. K. Ces faits et d'autres semblables témoignent de la possibilité de guérison de la tuberculose miliaire dont le diagnostic est souvent uniquement radiologique, et dont la guérison s'explique par la faible quantité de bacilles introduits dans l'organisme par voie sanguine, mais se disséminant peut-être par les voies lymphatiques.

G. Basch.

Borgans et **Hubert.** ***Guérison spontanée des cavernes tuberculeuses*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **75**, n° 1-2, 1936, p. 12-23). — B. et H. publient 8 observations de cavernes tuberculeuses ayant guéri au cours de cures de repos à la campagne, sans qu'ait été pratiquée la collapsothérapie ou le traitement chirurgical. Dans 6 de ces cas, il y eut non seulement guérison clinique, mais disparition complète de toute clarté radiologique anormale; dans certains cas, une ombre circulaire s'est substituée à l'image cavitaire. Il s'agissait de sujets ayant abandonné toute activité et s'étant soumis à des cures de repos, sans pour cela être allés dans des sanas d'altitude; comme dans la plupart des cas décrits dans la littérature, les cavernes observées étaient des cavernes précoces, du lobe supérieur ou moyen, et s'accompagnant de lésions des plus discrètes des autres parties des poumons. L'âge des malades variait entre 20 et 46 ans. Le processus anatomique de guérison sembla dans tous les cas consister en une édification de tissu fibreux.

G. Basch.

Dominguez et **Lopez.** ***Contribution à l'étude de l'allergie dans la tuberculose. Formule sanguine locale sur la peau normale et la peau « désensibilisée »*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **75**, n° 1-2, 1936, p. 23-33). — D. et L. ont étudié comparativement chez 54 femmes tuberculeuses la formule blanche sanguine au niveau de cuti-réactions faites sur la peau normale et de cuti-réactions pratiquées sur des zones voisines préalablement irradiées aux rayons ultra-violets. L'irradiation locale, qui diminue la sensibilité des téguments à la tuberculine, était faite progressivement jusqu'à obtention d'une pigmentation légère.

Dans le sang des papules situées en peau normale, on constate une augmentation des lymphocytes et une diminution des polynucléaires neutrophiles, particulièrement dans les cas sévères; dans le sang des papules provoquées par cuti-réaction sur peau irradiée (papule toujours plus petite que la précédente et atteignant son acmé au bout de 24 heures, donc plus précocement), on observe au contraire une diminution des lymphocytes et des monocytes, et une augmentation des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles; l'abaissement du taux des lymphocytes est d'autant plus important que la papule en zone irradiée est plus petite qu'en peau normale.

Se fondant sur cette étude comparative des réactions papuleuses et des modifications de la formule blanche au niveau de ces réactions. D. et L. croient pouvoir établir, à l'aide de plusieurs tableaux, que la désensibilisation cutanée est plus facilement obtenue au stade III qu'au stade II, dans les formes progressives que dans les formes stationnaires, dans les formes stationnaires que dans les formes latentes, et espèrent offrir ainsi un nouveau critère de pronostic de la tuberculose.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Laszlo et **Nowotny.** ***Au sujet de la méningomyélite grippale*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 17, 24 Avril 1936, p. 518-521). — Depuis la monographie classique de von Economo, les formes légitimes d'encéphalite épidémique ont été nettement séparées de la *grippe à forme nerveuse* connue depuis longtemps. L'objet de l'article de L. et N. est d'insister sur les symptômes méningés et parfois médullaires que présentent certains malades au cours des épidémies de grippe légitime, signes nerveux fugaces, éphémères, bien différents des atteintes profondes qui suivent l'encéphalite. A l'appui de leur opinion, les auteurs rapportent 5 observations dans lesquelles les symptômes nerveux furent notés chez des sujets atteints de catarrhe grippal, toute leur famille étant en proie à l'infection. Ces signes nerveux consistent surtout en paraparésie éphémère des membres inférieurs avec quelques signes pyramidaux sans troubles sensitifs et avec quelques séquelles névritiques.

G. Basch.

Neuber. ***Nouvelle contribution au traitement spécifique de l'érysipèle*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 19, 8 Mai 1936, p. 581-584). — Depuis ses premières publications, N. a traité par le sérum de convalescent de très nombreux cas d'érysipèle grave, primitifs ou secondaires à des dermatoses ou à des affections chirurgicales; il confirme les excellents résultats obtenus. Etant donné l'incertitude dans laquelle, d'après N., on reste quant à l'agent pathogène de chaque cas d'érysipèle, N. insiste sur la nécessité d'utiliser un sérum *polyvalent* obtenu en mélangeant les sérums de 5 à 6 patients.

Le sérum doit être préparé récemment et avec le plus grand soin et conservé dans un frigidaire sous peine de perdre très rapidement ses anticorps.

Il y a intérêt à grouper les malades dans des centres; les cas bénins *ne sont pas traités par la sérothérapie*, et sont réservés comme « donneurs »; par contre les cas sévères reçoivent des doses importantes de sérum: N. injecte 40, 60, et même 80 cmc 2 ou 3 fois par jour, sans observer de réaction générale ou locale importante. Les résultats sont d'autant plus rapides que le traitement est plus précoce.

Chez les patients traités par la sérothérapie, on observe parfois des récidives fugaces et sans gravité, comme si, une fois éliminés les anticorps apportés par le sérum, les bactéries retrouvaient leur virulence; il y a donc intérêt à faire quelques injections supplémentaires au déclin de la maladie, afin de prévenir ces récidives qui d'ailleurs sont sans gravité.

Enfin, un des avantages de la méthode est qu'elle peut être associée sans inconvénient aux diverses méthodes chimiothérapiques et aux traitements par les agents physiques.

G. Basch.

Altmann et **Nowotny.** ***Intoxication saturnine atypique par ingestion d'eau distribuée par des conduites en plomb*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 20, 15 Mai 1936, p. 613-616). — A. et N. relatent les observations de 4 malades vus en l'espace de quatre mois dans le même quartier d'une ville d'Autriche, et présentant tous une atteinte profonde et diffuse du système nerveux périphérique et de la moelle.

La première observation concerne une femme de 38 ans qui avait présenté pendant plusieurs mois des douleurs abdominales et des vomissements qui en avaient imposé pour une appendicite; quelque temps après était apparue une anémie marquée, hépatorésistante; enfin, au bout de deux ans la malade constatant un affaiblissement croissant des 4 membres avec tremblement des bras, douleurs dans les membres inférieurs, diplopie transitoire, s'était fait hospitaliser. On trouvait alors une paralysie flasque des extenseurs des membres supérieurs, avec atrophie des muscles du bras et de la ceinture scapulaire, diminution des réflexes périostés, diminution ou abolition des réflexes tendineux; aux membres inférieurs, au contraire, hypertonie musculaire avec diminution légère de la motricité, réflexes tendineux très vifs et signe de Babinski bilatéral, sans troubles objectifs de la sensibilité. Enfin la parole était scandée. Par ailleurs, forte anémie.

Les trois autres observations étaient très comparables, et on trouva chaque fois une augmentation sensible de la teneur en plomb et en porphyrine des urines. L'étude des circonstances d'apparition fit incriminer l'eau de boisson dans laquelle on constata la présence de 5 milligr. 5 de plomb par litre; chiffre très élevé.

Outre l'absence ou la tardive apparition du liséré saturnin, la particularité de ces cas fut la diffusion de l'atteinte nerveuse; si la prédilection pour les extenseurs des membres supérieurs fut bien observée, l'atteinte marquée de la ceinture scapulaire, les signes objectifs plus ou moins nets observés aux membres inférieurs, la diplopie transitoire, la parole scandée témoignaient d'une atteinte de la moelle et des nerfs craniens assez rare dans l'intoxication saturnine.

G. Basch.

THE LANCET (Londres)

Hugh Cairns. ***Résultats éloignés du traitement opératoire des tumeurs cérébrales*** (*The Lancet*, n° 5883, 30 Mai 1936, p. 1228-1237); n° 5884, 6 Juin 1936, p. 1291-1294). — Travail important où C., qui fut assistant de Cushing, donne les résultats tardifs des opérations cranien-

nes faites au cours des années 1926-1927 au Peter Bent Brigham Hospital de Boston.

Sur 157 malades atteints de tumeur cérébrale, 148 furent opérés et 135 quittèrent l'hôpital. Le contact fut gardé avec ces malades pendant une période de dix années. 63 vivaient encore 7 à 9 ans après l'opération. 37 avaient repris complètement leurs occupations sans déficit.

Mais une telle statistique n'a pas de valeur globale. Il faut, non seulement, envisager chaque variété de tumeur, mais encore leur siège. C'est ce que fait C. dans de nombreux tableaux qu'il soumet au lecteur.

Les gliomes, survenant surtout chez l'adulte, semblent être les tumeurs les plus graves. En tout cas, elles sont les plus rapidement envahissantes et les plus récidivantes. Sur 59 opérés, on n'en trouve que 8 survivant sept ans après l'opération.

Les médulloblastomes cérébelleux sont également des tumeurs peu favorables. Elles siègent habituellement dans le vermis des enfants et produisent rapidement l'hydrocéphalie. Elles récidivent ou bien produisent des métastases dans les espaces sous-arachnoïdiens cérébraux et spinaux et dans les ventricules. Cette tumeur est très sensible aux rayons X et les symptômes disparaissent complètement, mais après plusieurs récidives cette action s'épuise et le malade meurt. 5 cas rapportés par C. sont morts de 2 à 19 mois après l'opération. A signaler que, cliniquement, il est impossible de différencier cette tumeur d'un astrocytome bénin qui a souvent la même localisation.

Les médulloblastomes cérébraux sont plus rares. Ils n'ont pas la même radio-sensibilité que les cérébelleux et sont souvent confondus avec les gliomes. Sur deux malades, un survivait 5 ans après l'opération.

Les astrocytomes cérébelleux sont les tumeurs les plus favorables. Elles surviennent chez les jeunes sujets. Elles sont circonscrites et leurs limites sont visibles à l'opération. Elles ne récidivent que lentement si on n'a pas pu faire une opération complète. Sur 4 malades, un mourut après l'opération, 3 sont en parfaite santé.

Les astrocytomes cérébraux ont une structure moins bien définie. Ces tumeurs sont difficiles à enlever complètement et infiltrent parfois le cerveau complètement. Elles récidivent plus souvent. Sur 15 astrocytomes cérébraux, 11 moururent dans les 3 ans après l'opération, 8 furent réopérés. On peut espérer mieux pour ce genre de tumeur avec les progrès du diagnostic et de la technique.

Les oligodendriomes sont rares et leur pronostic varie avec chaque cas. Ils sont récidivants. Un malade fut opéré trois fois.

Les astroblastomes sont également rares. Sur 4 cas, un seul cas survivait 9 ans après l'opération.

L'adénome de l'hypophyse a donné lieu à 29 opérations. A cette époque (1926) la voie transphénoïdale était la seule suivie, à moins d'une tumeur suprasellaire ou d'un cranio-pharyngiome. Depuis cette époque la voie transfrontale est adoptée exclusivement. 19 vivaient encore 9 ans après l'opération. Sur ces 19 survivants, 12 avaient une bonne vue. Sur les 29 tumeurs de l'hypophyse, il y avait 5 adénomes chromophiles et 24 adénomes chromophobes.

Les méningiomes sont des tumeurs qui poussent lentement et qui ont acquis un développement important avant de donner des symptômes. Ces tumeurs sont extrêmement vasculaires et difficiles par conséquent à enlever, mais elles sont habituellement circonscrites et sont considérées comme les tumeurs les plus favorables quand on peut les enlever complètement. Sur 31 méningiomes, 5 moururent après l'opération, 8 moururent à des intervalles variables de récidive de la tumeur. Les 18 autres malades sont encore en vie 9 ans après l'opération. A signaler la fréquence de l'épilepsie dans les tumeurs supratentoriales, épilepsie qui persiste souvent après l'opération. Malgré la possibilité de l'envahissement de l'os sous-jacent et de méningiomes malins, cette tumeur reste une des plus favorables.

Les neurinomes acoustiques ont donné lieu à 10 interventions. 8 vivaient encore 9 ans après l'opération, mais 6 d'entre eux présentent des troubles graves de l'équilibre. Ils furent opérés par la méthode intracapsulaire qui laisse bien souvent du tissu tumoral en place. Peut-être faudrait-il procéder soit à une opération en deux temps ou d'emblée à une opération plus radicale, à condition que la vascularisation, la consistance de la tumeur, les adhérences au corps restiforme et au pont le permettent.

Les cholestéatomes sont rares. Il n'est pas nécessaire d'enlever la capsule.

L'hémangioblastome du cervelet est une tumeur extrêmement favorable.

On ne peut pas tirer du siège de la tumeur un élément de pronostic. Il est évident qu'en présence de symptômes ponto-cérébelleux, on doit penser à un neurinome, mais pour les tumeurs intracérébelleuses, les chances sont égales entre la possibilité de rencontrer un astrocytome bénin et celles de trouver un médulloblastome malin et l'on peut se trouver également en présence d'un épendymome, d'un papillome, d'un kyste dermoïde ou d'une tumeur métastatique.

L'âge le plus favorable semble être la trentaine, mais cet avantage est dû plutôt à la variété de la tumeur. Parmi les opérés de trente ans ayant survécu 10 ans, il n'y avait qu'un seul cas de gliome.

Si on résume cette statistique, on trouve que sur 157 opérés, 14 pour 100 moururent dans les jours qui suivirent l'opération, 12 pour 100 moururent la première année, 12 pour 100 la deuxième année, 5 pour 100 la troisième année. Au bout de 7 à 9 années, 40 pour 100 étaient encore en vie et 23 pour 100 vivaient normalement.

Si on compare avec les autres cancers, on trouve dans les statistiques de Lane-Claypon les pourcentages suivants, dix ans après l'intervention : dans le cancer du sein, 25 pour 100 de vivants ; dans le cancer de l'utérus, 36,6 pour 100. Et encore dans ces tumeurs qui sont visibles, on peut, soit opérer de bonne heure, soit rejeter l'opération si la tumeur est par trop étendue. Il n'en est pas de même dans les tumeurs cérébrales. Il faut ajouter aussi qu'en chirurgie nerveuse, la technique a encore d'énormes progrès à accomplir.

André Plichet.

Leonard Colebrook et **M. Kenny**. ***Le traitement de l'infection puerpérale chez la femme et des infections expérimentales chez la souris par le Prontosil*** (*The Lancet*, n° 5884, 6 Juin 1936, p. 1279-1286). — Cet article donne les résultats du premier travail d'ensemble fait en Angleterre sur les recherches de Domagk et de Levaditi et Vaismann concernant le traitement des streptococcies par les colorants azoïques.

C. et K. se sont servis, pour les expériences sur la souris, du Prontosil allemand et de l'équivalent français préparé par Girard, pour le traitement clinique du seul Prontosil.

Une seule dose de Prontosil, donné par voie buccale ou en injection sous-cutanée, ne suffit pas à protéger une souris infectée depuis 2 heures avec un streptocoque hémolytique alors qu'une injection sous-cutanée, faite préventivement chaque jour pendant six jours, protège contre 100 à 1.000 doses léthales.

De tels effets curatifs furent obtenus contre un streptocoque très virulent pour la souris. Par contre ces effets furent nuls sur un streptocoque de virulence moyenne fraîchement isolé d'une infection humaine.

Une dose forte (50 milligr.) faite en injection sous-cutanée protège la souris contre une infection survenue 4 jours plus tard. Un essai de prévention plus longue n'a pas été tenté.

38 cas d'infection puerpérale ont été traités par le Prontosil. Dans l'ensemble, le médicament a exercé un effet heureux se traduisant par la chute de température et la rémission des symptômes.

Trois malades atteintes de péritonite généralisée, dont une avec du streptocoque dans le sang, ont guéri sans laparotomie avec de fortes doses du médicament.

Cette médication est bien tolérée, à peine peut-on signaler quelques phénomènes toxiques transitoires et une légère irritation des voies urinaires. Dans 3 cas on a noté de l'hémoglobinémie.

Jusqu'à présent l'expérimentation ne permet pas de dire que d'autres infections peuvent bénéficier de ce traitement.

L'action de ce médicament reste mystérieuse. Il semble que la pullulation du streptocoque dans le sang circulant soit entravée au contact de ce médicament mais pas supprimée ; d'autre part, le caractère envahissant du streptocoque semble atténué, mais il n'y a pas création d'immunité.

André Plichet.

W. C. Wilson, G. D. Rowley et **N. A. Gray**. ***La toxémie aiguë des brûlures. Son traitement par l'extrait cortico-surrénal*** (*The Lancet*, n° 5886, 20 Juin 1936, p. 1400-1402). — Ce qui fait la gravité des brûlures, ce n'est pas tant l'étendue et la profondeur des délabrements cutanés et musculaires, mais la toxémie qui survient entre la sixième et la cinquantième heure. Cette toxémie est due vraisemblablement à la circulation dans le sang de produits de désintégration des tissus. Déjà, le traitement immédiat par l'application de solutions fortes d'acide tannique, d'injections intraveineuses de sérum, de dextrose et de bicarbonate de soude a amélioré le pronostic. Mais il n'est pas rare malgré ce traitement de voir apparaître, en même temps qu'une élévation de la température et du pouls, des phénomènes nerveux tels que l'anxiété, le délire ou au contraire l'abattement et la stupeur, annonciateurs de la mort, qui survient vers le 4e ou le 5e jour.

A ces cas de toxémie aiguë qui survient surtout chez les enfants, W. et R. ont opposé avec succès un traitement par les injections d'Eucortone à la dose de 1 centigr. 3 toutes les 2 heures jusqu'à la disparition des symptômes alarmants.

A la vérité, ce traitement n'est justifié ni par les lésions des surrénales que l'on trouve dans certains cas, ni parce que les symptômes toxémiques ressemblent à ceux de l'insuffisance surrénale, mais bien plutôt parce que l'extrait surrénal s'oppose au collapsus circulatoire, à ce que l'on peut appeler le shock secondaire.

André Plichet.

E. N. Allott. ***Variations de la composition chimique du sang des addisoniens*** (*The Lancet*, n° 5886, 20 Juin 1936, p. 1406-1412). — Les progrès dans le traitement de la maladie d'Addison datent des travaux de Marine et Baumann, qui ont montré que l'on pouvait prolonger la vie des animaux surrénalectomisés en leur donnant du chlorure de sodium.

Dans l'insuffisance surrénale, on trouve constamment une diminution du sodium et du chlore et une élévation de l'urée, de l'azote non uréique, du potassium et du magnésium.

L'étude de 8 cas de maladie d'Addison, observés par A., confirme dans ses grandes lignes cette donnée chimique. Mais il est difficile d'en tirer une conclusion pratique pour la conduite du traitement. Il n'y a pas de corrélation entre l'état du malade et l'élévation du sodium et du chlore dans le sang. Le traitement par l'hormone corticale abaisse à la normale le potassium et l'urée mais a peu d'effet sur le sodium et le chlore. Si la teneur en potassium et en urée menace de s'élever pendant que le malade est soumis au traitement par le chlorure de sodium, il faut lui administrer de l'hormone corticale.

André Plichet.

BRUXELLES MÉDICAL

M. de Laet. ***Le rapport cardio-respiratoire. Test de sélection professionnelle et sportive chez l'adulte normal*** (*Bruxelles Médical*, t. **16**, n° 33, 14 Juin 1936, p. 1246-1248). — C'est en observant un sportif exceptionnellement apte aux compétitions cyclistes de vitesse que L. découvrit l'intérêt de la recherche du rapport de la capacité respiratoire en centimètres cubes à la fréquence du pouls à la minute. Ce sujet bradycardique habituel à 64 pour 10 à la minute voyait sous l'influence de l'effort sa fréquence cardiaque rarement dépasser 70 et n'atteindre 100 qu'après des « sprints » de plus de 500 mètres. Sa capacité respiratoire de 4.800 à 5.000 cmc restait à peu près inchangée après l'effort. Or, les épreuves statiques et dynamiques de Martinet ne distinguaient guère ce sujet d'autres jeunes gens beaucoup moins doués et bien plus entraînés que lui. La capacité respiratoire est mesurée avec un appareil précis, de préférence basé sur le principe de la cloche légère plongeant dans l'eau. La fréquence du pouls doit être mesurée 3 fois au moins pendant une minute entière après un repos assis de 15 minutes.

Chez l'adulte masculin, un rapport cardio-respiratoire inférieur à 35 doit faire éliminer le sujet de tout métier quelque peu musculaire et de tout autre exercice que la gymnastique éducative modérée. Souvent, un état pathologique correspond à ce rapport C. R. insuffisant.

Le chiffre de 35 à 45 désigne des sujets médiocres, physiologiquement aptes à des professions sédentaires ou n'exigeant que peu d'efforts musculaires. Seuls les sports de fond modérés leur sont permis.

Un rapport de 45 à 55 est celui de la bonne moyenne des sujets capables de fournir sans fatigue certains efforts. Selon leur musculature et leur état de développement, on les autorise à pratiquer les sports de vitesse ou de force, mais non des compétitions.

Au-dessus de 55, le rapport désigne des sujets aptes aux métiers de force et capables de se livrer sans risques physiques aux sports athlétiques, voire aux compétitions sportives.

La simplicité des données à recueillir pour établir le rapport cardio-respiratoire, autant que la fidélité de sa signification physiologique, en font une épreuve susceptible de rendre des services pour la sélection professionnelle et sportive. Comme toutes les classifications biométriques, cette épreuve n'a rien d'absolu et ne dispense pas d'un examen médical complet. Robert Clément.

Léone Maryssael. ***Tuberculose occulte de l'enfant*** (*Bruxelles Médical*, t. **16**, n° 37, 12 Juillet 1936, p. 1376-1386). — Mlle M. a pratiqué la cuti-réaction chez 131 enfants bruxellois ne présentant pas de signes cliniques de tuberculose avérée, 154 de 0 à 5 ans, 168 de 5 à 10 ans, 109 de 10 à 15 ans. Sur l'ensemble, 61 réactions seulement ont été positives, donnant un pourcentage de 3,5 au cours de la première année, de 14,2 au cours de la sixième année, de 21,2 au cours de la onzième année, de 30 pour 100 à 15 ans.

On voit que l'infection tuberculeuse est souvent assez tardive. D'ailleurs, il y a des primo-infections chez des adolescents et des adultes.

Il y a des différences dans les statistiques faites dans les divers pays. Certains facteurs peuvent modifier les recherches de l'allergie cutanée. Les tuberculines n'ont pas toujours la même activité et surtout l'interprétation de la positivité des réactions varie.

La lumière solaire peut influencer la cuti-réaction à la tuberculine. Dans certains cas, l'organisme infecté est anergique. Malgré les causes d'erreur, la réaction à la tuberculine est « le seul moyen dont nous disposons pour déceler l'infection tuberculeuse dans le premier âge ». Rien dans l'habitus extérieur des enfants allergiques ne les différencie de ceux dont la cuti-réaction est négative.

La radiologie des enfants à cuti-réaction positive n'a décelé en général que des images banales analogues à celles des enfants à réaction négative ayant fait des bronchites ou d'autres infections pulmonaires. Dans un cas, on a trouvé une masse opaque dans un champ pulmonaire.

Parmi les enfants ne réagissant pas à la tuberculine, l'examen radiologique de ceux dont l'état général était déficient a permis de découvrir une réaction périfocale chez un enfant de 12 ans et une granulie chez un enfant de 8 ans. Dans les 2 cas, la cuti-réaction est devenue ultérieurement positive.

Avant 5 ans, les 8/10 des enfants présentant une tuberculose occulte l'ont contractée des parents; de 5 à 15 ans, sur 41 enfants allergiques, 19 seulement ont été contaminés dans la famille.

S'il existe des cas certains d'hérédité tuberculeuse, démontrés par le passage de bacilles de Koch à travers le placenta, si d'autre part il semble y avoir, parmi les enfants exposés, un certain degré d'immunité, dans la grande majorité des cas, il faut attribuer un rôle prépondérant à la contamination post-natale dans la tuberculisation des enfants de parents tuberculeux. Ces recherches montrent l'importance des mesures d'hygiène dans la prophylaxie anti-tuberculeuse.

Robert Clément.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

J. G. Kidd, J. W. Beard et P. Rous. ***Réactions sérologiques obtenues avec un virus produisant chez le lapin des papillomes qui deviennent cancéreux. I. Réactions du sang des animaux porteurs de papillomes. II. Réactions du sang d'animaux porteurs de tumeurs épithéliales variées*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **64**, n° 1, Juillet 1936, p. 63-97). — Shope a montré que les lapins porteurs de papillomes déterminés par le virus qu'il a découvert se montrent plus ou moins résistants à l'égard d'une réinoculation et que leur sérum exerce une action neutralisante sur le virus quand on le mélange à ce dernier *in vitro*. K., B. et R. ont d'abord cherché à titrer le pouvoir virulicide du sérum et à préciser les conditions de son développement. Dans une seconde série d'expériences, ils ont recherché le pouvoir virulicide dans le sang d'animaux porteurs de tumeurs épithéliales variées.

Ils décrivent d'abord une méthode qui permet de titrer le pouvoir virulicide acquis par le sang des lapins porteurs de papillomes déterminés par le virus de Shope. Le caractère discret des néoplasies produites au niveau de la peau scarifiée par le virus quand il est convenablement dilué se prête bien à une expérimentation quantitative. Le virus n'a aucune tendance à rester latent dans la peau des lapins domestiques ainsi que cela a lieu parfois chez les lapins de la variété « cottontail » qui sont les hôtes naturels de ce virus. Les sérums qui neutralisent partiellement le virus n'altèrent pas son caractère et ne l'atténuent pas; ils ne font que diminuer le nombre de ses éléments actifs.

Le sérum des lapins domestiques normaux est d'ordinaire dépourvu de pouvoir neutralisant, mais celui des lapins porteurs de papillomes présente généralement un pouvoir neutralisant bientôt après l'apparition des papillomes. Le degré atteint par ce pouvoir dépend d'ordinaire de la quantité de tissu papillomateux qui s'est développé; mais il existe des exceptions à cette règle, la présence de volumineuses tumeurs pouvant s'accompagner d'une absence de pouvoir neutralisant. Même quand ce pouvoir est considérable, il n'a pas d'influence évidente sur l'évolution des papillomes existants, d'autres facteurs intervenant pour déterminer leur accroissement ou leur régression. Toutefois ce pouvoir agit en empêchant le succès de la réinoculation chez les animaux.

Expérimentant avec le sérum de lapins porteurs d'autres variétés de néoplasies, K., B. et R. ont vu que le sérum d'un lapin atteint d'un volumineux cancer dû à la transplantation d'un épithélioma pavimenteux développé aux dépens d'un papillome produit par le virus de Shope avait le pouvoir de neutraliser ce virus, ce qui témoigne du transfert du virus lui-même, des cellules épithéliales papillomateuses n'ayant pu être inoculées au nouvel hôte. Le sérum de lapins porteurs de papillomes du goudron ou de tumeurs de Brown-Pearce se montrèrent complètement dénués d'action sur le virus de Shope, ce qui exclut la possibilité que ces néoplasies soient causées par des virus étiologiquement parents de celui qui produit les papillomes. L'inoculation de cellules provenant de tumeurs de Brown-Pearce mélangées à du virus de Shope ne détermina pas d'installation durable de ce dernier dans les tumeurs qui en résultèrent ni de modifications morphologiques de celles-ci.

P.-L. Marie.

ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

P. A. Gray. ***Traitement du diabète au moyen de composés insolubles d'insuline*** (*Endocrinology*, t. **20**, n° 4, Juillet 1936, p. 461-472). — Bischoff et Maxwell ont établi que le tanin est un bon précipitant pour les hormones de caractère protéinique et que le sel qui en résulte est biologiquement plus efficace que l'hormone non combinée; en particulier, l'insuline combinée au tanin est absorbée plus lentement et exerce un effet plus durable sur la glycémie des animaux que l'insuline seule.

Le composé tannique se prépare en mélangeant dans la seringue parties égales d'insuline titrée à 100 unités et de solution de tanin, telle que le mélange renferme 3 milligr. de tanin par 100 cmc. Il possède une action hypoglycémiante de 20 à 25 pour 100 plus marquée par unité que l'insuline ordinaire.

G. a traité ainsi 18 diabétiques d'âges divers et plus ou moins sévèrement atteints pendant des périodes allant de quelques jours à deux semaines. Ce composé tannique a permis de contrôler le diabète, qu'il ait été employé seul ou associé à l'insuline ordinaire. Par suite de l'insolubilité relative du tannate d'insuline dans les tissus l'absorption se trouve retardée, d'où libération prolongée de l'insuline, ce qui permet de réduire les doses et de diminuer la fréquence des injections, et en particulier de supprimer l'injection nocturne autrement indispensable chez certains diabétiques. L'efficacité plus grande du tannate d'insuline ressort des valeurs plus basses de la glycémie à jeun et du plus petit nombre d'unités d'insuline exigées par jour que lorsque l'insuline ordinaire est employée. Les injections furent en général bien tolérées localement.

G. a comparé l'action hypoglycémiante du tannate d'insuline à celle de l'insulinate de protamine et les a trouvées équivalentes, mais le tannate d'insuline a l'avantage du bon marché.

P.-L. Marie.

ARCHIVOS DE MEDICINA CIRUGIA Y ESPECIALIDADES (Madrid)

B. Llusia, M. Mendizabal et E. de Amilibia. ***Sur le pouvoir glycogénolytique et acétonémiant du sérum dans la grossesse*** (*Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, t. **17**, n° 4, 29 Février 1936, p. 127-131). — La plupart des troubles

métaboliques de la grossesse se retrouvent, accentués, dans les intoxications gravidiques avec insuffisance hépatique; par exemple, l'acétonurie, la lévulosurie alimentaire.

Tous ces troubles métaboliques se rattachent à la mobilisation du glycogène hépatique, sous l'influence d'une action hormonale.

L., M. et A. injectent, à des rates soumises au régime hydrocarboné, 2 cmc de sérum filtré, prélevés sur des femmes respectivement non enceintes, enceintes, en état pré-éclamptique.

Le sérum de femme non enceinte tend déjà à abaisser le taux du glycogène sanguin et à élever l'acétonémie. Ces phénomènes s'exagèrent avec le sérum de femme enceinte, et surtout le sérum pré-éclamptique.

Ils s'atténuent, au contraire, quand on utilise le sérum ultra-filtré.

Ils résultent de l'action de plusieurs hormones, parmi lesquelles l'hormone hypophysaire antérieure en premier lieu, puis les hormones contra-insulaire et thyroïdienne.

G. d'Heucqueville.

S. Martinez. ***Le traitement pré-opératoire des ulcères gastriques*** (*Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, t. **17**, n° 5, 15 Mars 1936, p. 153-159). — Trop de malades, atteints d'ulcères gastro-duodénaux, doivent subir l'intervention sans avoir bénéficié d'un traitement préparatoire médical.

M. administre à ses futurs opérés, par voie buccale, une potion à base de *bromure de calcium, benzoate de soude, craie préparée* et *peroxyde de magnésie*. Surtout il injecte, par voie intra-veineuse, des *protéines* et du *calcium ionique*.

Sur 83 cas, ainsi traités avant l'intervention, 80 ont comporté des suites opératoires normales.

Chez les sujets anémiés et infectés, M. adjoint au traitement préparatoire du *lactate ferrique*. En cas d'ulcus calleux, il se borne localement à la *belladone*. Les résultats sont encore très satisfaisants si le traitement a été prolongé assez longtemps.

G. d'Heucqueville.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

L. Brahme. ***Une réaction de sédimentation pathologique dans le rhumatisme articulaire aigu peut-elle être un guide pour permettre le lever?*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **88**, n°s 5-6, 27 Mai 1936, p. 565-585). — On éprouve toujours une grande difficulté à fixer le moment du lever lors d'une crise de rhumatisme articulaire aigu. Dans les pays scandinaves, on a fait appel à la réaction de sédimenttaion qui, on le sait, donne des chiffres élevés tant que la crise n'est pas terminée. On a proposé d'attendre le retour de la vitesse de sédimentation à la normale pour autoriser le lever; mais on risque ainsi de différer par trop ce dernier.

B., après étude de nombreux rhumatisants, est arrivé à élaborer une formule donnant satisfaction à cet égard. Il a pris le rapport (R) entre la dernière réaction de sédimentation (S^2) et la réaction immédiatement précédente (S^1) comme point de départ et il a établi la formule $R = S^1 : (S^1 - S^2)$. Pour obtenir des valeurs comparables entre elles, cette formule exige que les épreuves soient faites à intervalles réguliers, une semaine par exemple. Sinon, il faut faire une correction pour amener le résultat à correspondre à l'intervalle d'une semaine. Le nombre de jours arbitrairement choisi est indiqué par n; la formule devient alors

$$R = S^1 : \frac{7 (S^1 - S^2)}{n}.$$

30 rhumatisants examinés, qui présentaient une vitesse de sédimentation comprise entre 14 et 60 mm. par heure lors du lever avec un chiffre moyen de 40 mm., n'eurent pas de rechute. La plus forte valeur de R dans ces cas fut de 2,3 et la valeur moyenne de 1,8. 7 malades, qui firent une rechute après le lever, présentaient une valeur moyenne de R de 2,4 et au-dessus.

Se basant sur ses examens, B. conclut qu'une vitesse de sédimentation de 60 mm. par heure et au-dessus constitue un sérieux signal d'alarme, même si R demeure au-dessous de 2,3. Toutefois, plus est basse la valeur de R, et moindre est le risque d'une rechute, même avec une vitesse de sédimentation relativement élevée. Une vitesse de 40 à 50 mm., par exemple, est sans danger du point de vue d'une rechute éventuelle, pourvu que la valeur de R soit de 2 ou moins. Il n'est pas nécessaire que le malade attende le retour à la normale de la vitesse de sédimentation à condition que la valeur relative demeure à 2 ou au-dessous et que la vitesse de sédimentation ne reste pas à un niveau par trop élevé, par exemple 60 mm. par heure.

P.-L. Marie.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

V. Demole. ***Fatigue printanière, psychonévrose et précarence en vitamine C*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 29, 18 Juillet 1936, p. 685-687). — La morbidité printanière est une notion si répandue qu'elle a pu donner lieu à de la publicité climatique. Or, le scorbut apparaît généralement au printemps. C'est ce que Kramer observa déjà en 1734-1735 à Temesvar. Beaucoup d'auteurs ont montré par ailleurs que le scorbut est précédé de symptômes discrets: fatigue, inappétence, lourdeurs dans les membres, torpeur intellectuelle et enfin prédisposition aux infections dont le pronostic est aggravé par la coexistence de scorbut. Ces faits s'expliquent parce que, pendant l'été, les légumes frais et les fruits sont assez abondants et bon marché, l'élimination d'acide ascorbique en excès atteignant 4 à 6 milligr. par 100 cmc d'urine (la ration quotidienne de vitamine C est fournie pour le nourrisson par 30 cmc et pour l'adulte par 50 à 70 cmc de jus d'orange, soit dans le premier cas 20 milligr. et dans le second 30 à 40 milligr. d'acide ascorbique ou une orange espagnole de 165 gr.). En hiver, du fait du remplacement des fruits et des légumes par les conserves et les céréales, l'épreuve de Harris et Ray devient négative et un état préscorbutique s'installe.

Après avoir rappelé ces notions, D. expose que pendant l'hiver 1934-1935, il a eu l'occasion de voir une vingtaine de patients atteints de troubles printaniers de ce genre. Chez ces malades, les troubles disparurent sous l'influence de l'administration de 150 à 200 milligr. d'acide ascorbique par jour. Parmi les symptômes constatés figure d'abord de la fatigue, même dans des cas où les fautes de diététique sont inapparentes. Cette fatigue s'accompagne d'inappétence et crée ainsi un cercle vicieux qui tend à réduire l'ingestion de vitamines. L'acide ascorbique a d'ailleurs précisément pour effet de stimuler fortement l'appétit. Les troubles du sommeil ont été également notés. Dans un cas, l'acide ascorbique a exercé une influence favorable chez une femme présentant de la céphalée, de la dysménorrhée et des ménorragies. Il est possible qu'en pareil cas, l'influence antiallergique de l'acide ascorbique se soit fait sentir.

Parmi quelques observations récemment publiées de scorbut plus ou moins caractérisé, D. rappelle que Hopkins a eu l'occasion d'étudier dans un grand internat anglais les raisons pour lesquelles les élèves se montraient négligents, indociles et paresseux et constata que l'adjonction de légumes et de fruits frais au régime suffit pour faire disparaître ces symptômes qui doivent être considérés comme du préscorbut.

P.-E. Morhardt.

M. Gross. ***Insuline et schizophrénie*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 29, 18 Juillet 1936, p. 689-691). — G. utilise dans le traitement de la schizophrénie le choc insulinique selon la technique de Müller: il donne chaque jour à jeun à ses malades des doses croissantes d'insuline jusqu'à ce qu'il apparaisse, après l'ingestion, un coma hypoglycémique de trois à quatre heures. Ces doses quotidiennes sont administrées pendant des semaines et des mois, la crise d'hypoglycémie étant interrompue par administration de 150 à 250 gr. de sucre dans du thé.

Au cours de ce choc, le pouls ne varie pas d'une façon très caractéristique. La tension maxima s'abaisse légèrement pour se relever ensuite et finalement revenir à la normale une demi-heure après l'arrêt du traitement. Ultérieurement d'ailleurs, il survient une phase d'hypotension. La minima suit une courbe à peu près inverse. Le métabolisme de base calculé suivant la formule de Read s'élève rapidement pour atteindre, au cours de la deuxième ou troisième heure, le chiffre de +34 pour 100. La température rectale s'abaisse d'un degré.

La formule sanguine présente, après une diminution relative et non constante, une augmentation des leucocytes qui dépasse 15.000. Cette ascension est suivie, après cessation du traitement, d'une chute puis d'une nouvelle ascension. Dans cette dernière chute, c'est surtout les lymphocytes qui seraient intéressés. Ces phénomènes ne sont certainement pas en rapport avec une diminution du volume du plasma.

La glycémie se modifie également d'une façon très caractéristique. Au cours de la première heure, elle s'abaisse à 0,465 gr. pour 1.000. Après quoi, même si le coma intervient, le chiffre remonte à 0,51 pour dépasser de beaucoup le chiffre initial aussitôt que du sucre a été ingéré. Dans un cas, cette augmentation a atteint 4 gr. Dans un autre cas, l'hypoglycémie a été de 0 gr. 32 sans qu'on ait constaté de coma. Une autre modification du sérum est constituée par l'abaissement net du phosphore inorganique du sang. D'autres centres que le plancher du 4e ventricule et des glandes endocrines sont capables de modifier la glycémie. Il ne serait donc pas étonnant qu'un changement du métabolisme du glucose ait des répercussions sur les centres nerveux. De fait, l'abaissement de la glycémie au-dessous de 0 gr. 75 pour 1.000 déclenche une sécrétion de l'adrénaline. Il n'est pas certain que ce soit l'abaissement du taux du sucre qui agisse chez les schizophréniques.

La leucocytose qui s'observe également dans la pyrétothérapie est peut-être un phénomène actif. Il est possible que la teneur en sucre des tissus et plus spécialement du système nerveux joue un rôle plus important que celui de la glycémie. Il en est de même pour le taux du phosphore. Quant à la leucocytose, elle est analogue à celle qui s'observe dans les autres traitement de choc (pyrifer, sulfosine, pyrétamine, abcès de fixation). Il semble également que l'hyperadrénalinémie qui doit apparaître sous l'influence de ce traitement agisse aussi et pendant un temps prolongé. C'est peut-être là que réside le secret de l'action de l'insuline sur le système nerveux.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES des MALADIES VÉNÉRIENNES (Paris)

Blum. ***Chancres syphilitiques multiples*** (*Annales des maladies vénériennes*, n° 5, Mai 1936, p. 321). — B. insiste à nouveau sur la multiplicité fréquente du chancre syphilitique, qu'il s'agisse d'un chancre génital ou extra-génital; on peut même voir des chancres à la fois génitaux et extra-génitaux.

Ces chancres multiples peuvent être contemporains ou apparaître successivement.

Parmi les causes favorisant la multiplicité des chancres, citons l'herpès, la gale, l'eczéma, les dermatoses prurigineuses, qui provoquent des excoriations multiples: le frottement, les suintements. les écoulements de sérosité peuvent aussi disséminer les tréponèmes au niveau d'érosions multiples.

B. estime que le chancre syphilitique multiple est au moins aussi fréquent que le chancre unique. Cette multiplicité peut être le résultat d'une contamination simultanée, de contaminations successives ou d'une auto-inoculation précoce.

R. Burnier.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

M. Loeper et **E. Gilbrin.** ***Les métastases du cancer de l'œsophage*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 26, n° 7, Juillet 1936, p. 769-786). — L'évolution du cancer de l'œsophage est rapide. Les métastases, considérées comme rares ou inexistantes, peuvent cependant être observées. L. et G. en rapportent quatre observations.

Les trois localisations les plus fréquentes paraissent être: hépatiques, pulmonaires et osseuses.

La première observation est celle d'un cancer œsophagien qui confine à l'épithélioma baso-cellulaire et à l'épithélioma spino-cellulaire, avec néoformation conjonctive importante qui apparente ce cancer aux linites. Le cancer est d'ailleurs étendu à tout l'œsophage et à la partie supérieure de l'estomac, avec généralisation péritonéale, épiploïque et mésentérique sur le bord de l'intestin.

L. et G. rappellent un autre cas observé par eux de cancer œsophagien avec métastase hépatique; un autre considéré comme atteint de tuberculose pulmonaire, présentant un cancer non perforé de l'œsophage avec métastases pulmonaires. Enfin, une dernière observation concerne un homme de 40 ans atteint de cancer de l'œsophage, traité par gastrostomie et radiothérapie, et qui fait une métastase du trochanter droit.

D'autres observations semblables publiées confirment l'opinion de L. et G. que ces localisations métastatiques ne sont pas exceptionnelles, et qu'elles sont plus fréquentes dans les cancers bas situés.

J. Okinczyc.

J. Troisier, M. Bariéty et **G. Brouet.** ***Les lipomes sous-muqueux de l'estomac*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 26, n° 7, Juillet 1936, p. 787-808). — C'est une étude basée sur un cas personnel joint à une trentaine d'observations actuellement publiées.

L'observation personnelle concerne un homme de 64 ans amené à l'hôpital dans le coma avec des signes d'hémorragie viscérale et qui succombe quelques heures plus tard. L'autopsie révèle une lipomatose diffuse de l'estomac et de la première portion du duodénum. La lipomatose est développée dans la sous-muqueuse; sur la partie saillante des lipomes, la muqueuse présente les altérations de la gastrite atrophique.

Les lipomes gastriques sont rares, plus rares que sur le reste du tube digestif. Plus fréquents chez l'homme que chez la femme, ils appartiennent le plus souvent à des sujets âgés.

Les lipomes gastriques sont latents et ne se révèlent que par des complications vasculaires, ulcéreuses ou obstructives. Sur 30 observations, 12 seulement avaient une traduction clinique. Les douleurs ne sont pas constantes, les hémorragies sont plus fréquentes. L'état général est intéressé par les troubles digestifs qu'entraînent ces lipomatoses gastriques.

Le diagnostic est pratiquement impossible; tout au plus, un examen radiologique permettra-t-il de soupçonner une tumeur bénigne. Dans ces conditions, le traitement ne peut être que symptomatique. L'hémorragie peut cependant commander l'intervention, et le diagnostic fait au cours de l'opération peut entraîner, en cas de lipome isolé, une résection partielle de l'estomac.

J. Okinczyc.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

L. Delherm. ***Les applications de la haute fréquence, sans exception, ne sont que des formes de la d'Arsonvalisation*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. 20, n° 8, Août 1936, p. 421-426). — D. rappelle que, depuis le Congrès international de Physiothérapie de Berlin en 1913, et jusqu'à ces tout derniers temps, toutes les applications de la haute fréquence étaient réunies sous le nom de d'Arsonvalisation.

L'apparition des ondes courtes en thérapeutique a brisé l'unanimité avec laquelle les auteurs avaient adopté ce terme; en effet, certains auteurs étrangers, et notamment Schliepake, ont voulu voir dans les ondes courtes et ultra-courtes une forme de l'énergie différente de la d'Arsonvalisation, et d'autres, nos amis Italiens, pour rendre hommage à Marconi qui en fut le vulgarisateur, ont pris l'habitude de désigner sous le nom de Marconithérapie les applications thérapeutiques de ces ondes.

L'article de D. se propose de montrer que, « ni au point de vue physique, ni au point de vue biologique, ni au point de vue thérapeutique, les ondes courtes ne constituent une nouveauté transcendante ».

Si nous suivons l'argumentation de l'auteur, qui a déjà, avec Belot, Réchou et Dausset, exposé son point de vue au Congrès international de Radiologie de Zurich en 1934, nous apprendrons que, si c'est à Hertz que nous devons l'étude physique des courants de haute fréquence, c'est à d'Arsonval que revient la priorité de leur connaissance biologique et thérapeutique, et ce dernier n'a-t-il pas, dès Février, Avril et Mai 1890, exposé de telle manière ses travaux sur la haute fréquence que Hospitalier a pu dire que « le problème physiologique des courants de toutes les fréquences est résolu en France par d'Arsonval avant Tesla ».

Démontrant en 1890 l'inexcitabilité des nerfs par des courants de haute fréquence pouvant atteindre mille millions de vibrations par seconde, d'Arsonval a mis en relief ce phénomène considérable de l'inexcitabilité neuromusculaire par ces courants, quelle que soit la longueur d'onde employée.

D'Arsonval a su reconnaître la voie nouvelle que les courants de haute fréquence ouvraient à la thérapeutique ainsi que l'a mis en valeur Benedikt en 1900 dans un article que l'on trouvera rapporté dans l'article de D. qui se termine par ces mots: « L'Arsonvalisme est sans conteste appelé à un avenir très grand. On peut, dès aujourd'hui, le porter très haut ou le décrier, mais on ne peut pas en mesurer si prématurément les conséquences futures. »

D. rappelle que, comme aujourd'hui pour les ondes courtes, l'apparition de la diathermie a soulevé des discusions tout à fait analogues qui se sont poursuivies de 1908 à 1913, quand fut adopté à Berlin le terme de d'Arsonvalisation.

« Si les ondes courtes sont à côté de la diathermie un procédé plus commode d'application, et si elles ont permis d'étendre le champ déjà si vaste de la d'Arsonvalisation, elles ne sont et ne peuvent être qu'une de ses modalités. »

Résumant à grands traits les hypothèses que soulèvent les ondes courtes au point de vue biologique et les conséquences qui en résulteraient à la suite de leurs applications thérapeutiques, et qui, pour certains auteurs, seraient spécifiquement différentes de celles de la diathermie ordinaire, D. considère, en tenant compte des recherches faites dans ce sens, que l'action spécifique des ondes courtes reste encore à prouver, au moins dans le domaine biologique, quant à leur action thérapeutique, les ondes courtes et ultra-courtes « ont subi la flambée classique qui s'empare de tout nouveau traitement. La sédimentation paraît se faire peu à peu, aussi nous paraît-il actuellement possible, contrairement à certains auteurs étrangers, de limiter et non pas d'élargir encore leur domaine », et, en un aperçu rapide, D. fait connaître les résultats de son expérience personnelle et impartiale qui l'ont conduit à ces conclusions.

Morel-Kahn.

LE NOURRISSON (Paris)

Jean Levesque et **Suzanne Dreyfus** (Paris). ***L'hypersécrétion muqueuse gastro-intestinale sans stase gastrique*** (*Le Nourrisson*, 24e année, n° 4, Juillet 1936, p. 206-222). — Les observations qui relatent chez certains nourrissons malades une abondance de mucosités gastriques sont très disparates. En s'appuyant sur 7 observations personnelles, L. et D. pensent qu'il y a lieu d'individualiser un syndrome d'hypersécrétion muqueuse digestive sans stase gastrique.

Ce syndrome apparaît dès les premiers jours de la vie. Les vomissements ne sont pas constants, mais ils sont très fréquents et abondants, explosifs en jet. Il s'agit d'une crise survenant au cours ou à la fin de la tétée, crise douloureuse avec *diarrhée*.

L'examen ne révèle que peu de chose et l'absence d'ondulations péristaltiques de l'estomac est la règle. L'examen radiologique est également négatif. Le tubage gastrique met en évidence la présence à jeun, 2 heures 30 minutes à 3 heures après le repas, de mucosités filantes, translucides, riches en mucine. Par contre, il n'y a pas de stase.

La raison de ce syndrome d'hypersécrétion muqueuse paraît être un déséquilibre végétatif congé-

nital. Le diagnostic est à poser avec l'anaphylaxie au lait et avec le gastro-spasme, élément essentiel de la maladie des vomissements habituels.

Ce syndrome, non traité, aboutit dans les formes sévères à l'hypotrophie grave. Dans les cas modérés, il entraîne des alternatives d'aggravation et de rémission avec croissance irrégulière.

Diagnostiquée et traitée précocement, l'hypersécrétion guérit le jour du début du traitement diététique. Tant que l'enfant reste au lait pur, aucune médication ne peut le soulager: ni gardénal, ni belladone, ni repas épais, ni stovaïne ne seront efficaces. Tous les changements de lait échouent.

Seul un aliment de remplacement peut réussir et le plus efficace est l'aleurone de tournesol mélangé à la crème de riz suivant la formule de Ribadeau-Dumas. Au bout de quelques jours, des doses notables de lait peuvent être ajoutées et sont alors bien tolérées.

G. Schreiber.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE (Strasbourg)

B. Tassovatz (Strasbourg). ***L'hémorragie méningée chez le nouveau-né. Etude cytologique de son liquide céphalo-rachidien*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **12**, n° 3, 1936, p. 317-351). — T. a examiné le liquide céphalo-rachidien chez les nouveau-nés à terme (43 cas) et chez les prématurés (54 cas): tous ont présenté soit de l'œdème, soit une hémorragie des méninges.

Dans les cas d'hémorragie méningée, l'étude cytologique du liquide montre qu'il ne s'agit pas uniquement d'une inondation des méninges et d'un simple mélange du liquide avec du sang. Les méninges étant irritées par l'hématome, il se forme, en effet, bientôt une réaction de défense, une méningite aseptique. L'intensité et la durée de cette réaction sont proportionnelles à l'abondance de l'épanchement sanguin: à peine ébauchée pour une hémorragie légère, la réaction est plus nette en cas d'épanchement d'abondance moyenne; par contre, une hémorragie abondante donne lieu à une forte réaction, il se développe une véritable méningite aiguë.

En plus de cette réaction méningée, on assiste à un processus de destruction de l'hématome. Le plasma est résorbé par les capillaires, les érythrocytes sont détruits sur place par la cytophagie et l'hémolyse. Or, l'hémolyse est une nouvelle source d'irritation méningée.

La conclusion pratique de ces constatations est que la ponction lombaire évacuatrice est extrêmement utile pour le traitement de l'hémorragie méningée. Mais pour obtenir le maximum d'effet de cette intervention, il est nécessaire de l'employer d'une façon judicieuse et méthodique. La première ponction doit être pratiquée dans les premières heures après la naissance. L'évacuation doit être abondante: 8 à 10 cmc et même 15 cmc. On répétera la ponction 12 à 24 heures après, en évacuant encore la même quantité de liquide.

En 2 ou 3 ponctions successives, on aura débarrassé les méninges de la partie non coagulée de l'hématome, d'où décompression des centres nerveux et diminution de l'irritation méningée. Lorsque celle-ci apparaît le 3e ou le 4e jour, sous sa forme atténuée, de nouvelles ponctions sont utiles.

Cette technique fournit des guérisons plus rapides et réduit le nombre des séquelles. Cependant, dans les cas très graves, elle n'empêche pas l'exitus, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants prématurés ou de sujets atteints d'hémorragie mixte, à la fois méningée et cérébrale.

G. Schreiber.

Arvid Wallgren (Gothembourg). ***Essais de traitement du purpura thrombopénique par la phénylhydrazine*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **12**, n° 3, 1936, p. 370-385). — Depuis un demi-siècle on emploie la phénylhydrazine dans l'étude expérimentale des anémies en raison de l'hémolyse qu'elle détermine. Mais dans certaines maladies du sang de l'espèce humaine, on l'a également utilisée à des fins thérapeutiques. On a notamment mis à profit la thrombocytose engendrée par la phénylhydrazine pour essayer d'exercer une action thérapeutique sur les formes de purpura dont l'évolution s'accompagne de thrombopénie.

A l'hôpital des enfants de Gothembourg, W. a eu l'occasion, depuis 1933, d'observer 4 cas de purpura, évoluant avec de la thrombopénie et il a pu constater également que, dans certains au moins des cas de purpura thrombopénique, il est possible d'augmenter passagèrement le nombre des thrombocytes dans le courant sanguin à l'aide d'une dose convenable de phénylhydrazine.

La thrombocytose, provoquée par la phénylhydrazine, peut atteindre parfois des valeurs hypernormales. La sensibilité individuelle à l'égard de la phénylhydrazine est très variable; aussi le médicament doit-il être administré à des doses faibles, itératives, sous le contrôle attentif du tableau hématologique. D'autre part, on observe des effets cumulatifs évidents. Enfin, il importe de savoir qu'en solution la phénylhydrazine perd très rapidement son efficacité, ce qui oblige à n'utiliser que des solutions fraîchement préparées.

En règle générale, les effets hémolytiques de la phénylhydrazine apparaissent plus tôt que son action irritative à l'égard de la moelle osseuse (notamment par la multiplication des thrombocytes). Il s'ensuit que l'augmentation du nombre des thrombocytes sous l'influence de la phénylhydrazine s'accompagne presque toujours d'une diminution plus ou moins forte du nombre des érythrocytes.

Dans les 4 cas, W .n'a pas eu l'occasion de constater que l'augmentation du nombre des thrombocytes provoquée par la phénylhydrazine ait produit un effet thérapeutique certain, c'est-à-dire qu'elle ait enrayé les hémorragies, même quand ce nombre devenait normal. Etant donné de plus qu'un emploi de la phénylhydrazine avec l'intention d'enrayer les hémorragies implique, malgré la plus grande prudence, des risques d'hémolyse et d'anémie, W. en conclut que le médicament ne doit pas être employé dans le traitement du purpura thrombopénique.

G. Schreiber.

F. Stirnimann (Lucerne). ***Le goût et l'odorat du nouveau-né*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **12**, n° 4, 1936, p. 453-486). — Pour étudier les premières réactions du nouveau-né aux stimuli sensitifs, S. a examiné plus de 100 bébés les premières 24 heures après leur naissance et avant les premières tétées au sein ou au biberon. Toutes ces observations ont été prises à la Maternité du Sanatorium Sainte-Anne, à Lucerne.

93 des nouveau-nés ainsi étudiés étaient nés à terme, 7 étaient des prématurés, dont 2 du 8e, 4 du 7e et 1 du 6e mois. 15 sont nés en narcose, 10 par l'opération césarienne, 9 par le forceps. Voici les conclusions auxquelles S. aboutit:

Le nouveau-né est capable non seulement de sentir les stimuli gustatifs, mais aussi de les distinguer. Il est extrêmement rare qu'il ne leur réponde pas. Au lactose même ont répondu tous les enfants soumis à l'examen.

Le nouveau-né est aussi capable de répondre aux stimuli olfactifs. Les substances d'épreuve étaient renfermées dans un petit tube et des photographies établissent à l'évidence que l'huile de chénopodine provoquait une expression mécontente, alors que l'huile d'anis au contraire était accueillie avec satisfaction. Cependant, les exceptions aux stimuli olfactifs sont un peu plus nombreuses qu'aux stimuli gustatifs.

Les examens pratiqués par S. n'ont pas seulement déclanché des réponses réflexes, mais des réactions compliquées que l'auteur range parmi les réactions psychiques. Les sensations ont souvent engendré des sentiments qui se sont manifestés par la mimique et par diverses actions. Les sentiments ont d'ailleurs influencé à leur tour les réponses réflexes.

Un nombre assez élevé d'observations fait dire à S. que la sensation arrive à la perception qui produit des représentations primitives, lesquelles sont conservées dans une mémoire primitive.

G. Schreiber.

REVUE DU RHUMATISME (Paris)

Jacques Forestier et **Andrée Certonciny**. ***La chrysothérapie prolongée dans les polyarthrites. Etude de 50 cas*** (*Revue du Rhumatisme*, t. 3, n° 6, Juin 1936, p. 485-527). — F. et C. apportent le résultat de leur expérience du traitement par l'or dans les polyarthrites chroniques. 11 hommes et 39 femmes ont été soumis à cette médication.

Un tiers des sujets ont été traités dans une période relativement précoce: 8 moins de un an, et 8 de un à deux ans après le début de la maladie. La moitié des malades présentaient une polyarthrite en évolution depuis plus de deux ans et moins de dix ans. Leur âge variait de 19 à 83 ans.

On connaît la bénignité relative des polyarthrites des vieillards. Il est tout de même intéressant de voir que ces derniers sujets ont parfaitement toléré 4 séries d'injections et ont été considérablement améliorés. Il n'y a donc pas de contre-indications à la chrysothérapie chez les gens âgés.

Un quart des malades présentaient une hypertension artérielle, 15 pour 100 avaient un certain degré d'insuffisance hépatique. Chez les sujets ayant présenté des poussées d'albuminurie légère, on n'a traité que ceux qui ne présentaient pas de déficience marquée de la fonction rénale révélée par l'augmentation de l'urée sanguine et la constante d'Ambard.

Au cours des polyarthrites chroniques, la chrysothérapie ne doit pas être un traitement épisodique; il faut l'employer par séries répétées en surveillant les modifications cliniques et les réactions sanguines de sédimentation globulaire et de floculation à la résorcine. Quatre séries sont un minimum. La plupart des malades ont eu entre 5 et 11 séries d'injections, 24 malades ont reçu de petites doses, 16 des doses fortes, 10 des doses tantôt faibles, tantôt fortes. La dose totale injectée a été de 5 à 6 gr. dans 23 cas, de 10 à 15 gr. dans 19 cas, de 15 à 20 gr. dans 6 cas et de plus de 20 gr. dans 1 cas.

Les accidents de la chrysothérapie sont relativement fréquents, mais d'une importance modérée si le sujet est soumis à une surveillance clinique et s'il est averti des symptômes d'alarme.

Les récidives au cours du traitement constituent le point délicat; elles se produisent surtout lorsque les règles d'un traitement régulier n'ont pas été observées, mais il existe un petit nombre de cas devenus secondairement chryso-résistants.

La chrysothérapie, ayant pour effet d'agir sur l'élément évolutif et les lésions inflammatoires non organisées, voit son action limitée si ces éléments ont disparu. Les méthodes accessoires, et en particulier la physiothérapie, améliorent les résultats obtenus avec l'or.

Robert Clément.

L. Perlès. ***Les accidents de la chrysothérapie des rhumatismes chroniques*** (*Revue du Rhumatisme*, t. 3, n° 6, Juin 1936, p. 532-554). — Avant d'instituer un traitement par l'or, il est indispensable de pratiquer un examen complet du sujet. Il faut éliminer les cachectiques, les malades ayant une déficience rénale ou hépatique, un syndrome hémorragipare, certaines dermatoses eczématiformes, ceux qui sont atteints de déséquilibre anaphylactique.

Les accidents peuvent se montrer pendant toute la période où le malade est sous l'influence des sels d'or, parfois même assez longtemps après la dernière injection.

Parmi les accidents précoces, les réactions focales sont relativement fréquentes. Elles revêtent des allures différentes, depuis la légère exacerbation habituelle jusqu'à la grosse réaction articulaire avec exagération de tous les symptômes. Les réactions générales sont surtout thermiques, isolées ou accompagnées de réactions focales. Parmi les aurites précoces, il faut signaler les « rashs » polymorphes, fugaces, urticariens allant du placard ortié à l'œdème de Quincke et s'accompagnant de prurit. Celui-ci peut être isolé et annoncer des accidents plus importants.

Les accidents tardifs ne sont pas aussi bénins et fugaces. Les manifestations cutanées sont toujours sérieuses et toujours rebelles, leur étendue est un élément de leur gravité. La plus habituelle est la dermite eczématiforme, la plus grave est l'érythrodermie généralisée, primitive ou secondaire. On peut avoir aussi des prurits, des kératodermies, la chrysocyanose, des poussées de lichen plan, des parakératoses. La stomatite est la manifestation la plus spécifiquement aurique; elle est en général diffuse avec de petites ulcérations ponctiformes et cratériformes. Les manifestations intestinales sont fréquentes, souvent diarrhée bénigne ou accompagnée d'inappétence et de vomissements; parfois entérite grave dysentériforme. L'ictère est en général bénin, mais on a signalé des ictères graves. Les accidents rénaux à type de néphrite aiguë sont exceptionnels. Les manifestations pulmonaires revêtent des types divers, de la bronchite à la broncho-pneumonie. La grippe aurique est une complication particulière: fièvre élevée et congestion pulmonaire. Les conjonctivites, les kératites sont peu fréquentes; des accidents nerveux d'ordre divers ont été relatés; les manifestations sanguines sont toujours sérieuses, parfois mortelles, purpuras simplex ou hémorragique, agranulocytose.

Chacune des complications de la chrysothérapie demande un traitement spécial.

Si la chrysothérapie n'est pas un traitement de tout repos et demande à être surveillée de très près, ses accidents ne doivent pas empêcher son emploi lorsqu'elle est indiquée.

Robert Clément.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

A. H. Müller (Mayence). ***La réaction xanthoprotéique de Becher immédiatement avant la mort. Son rapport avec l'anémie précédant la mort des vieillards ou des sujets gravement malades*** (*Medizinische Klinik*, t. 32, n° 28, 10 Juillet 1936, p. 934-937). — La réaction xanthoprotéique de Becher s'effectue facilement sur du sang désalbuminé. Les valeurs colorimétriques normales sont de 15 à 20 et ne dépassent jamais 30 chez les sujets normaux. Ces valeurs sont nettement augmentées en cas d'insuffisances rénale, cardiaque, hépatique et de graves maladies infectieuses. Il est probable que déjà dans les quelques jours précédant la mort, en de tels cas, les éléments protéiques du sang sont nettement augmentés. Ceci s'explique soit par l'insuffisance rénale, soit par des troubles intestinaux (début de putréfaction), etc., etc.

De même, on sait que dans les moments qui précèdent la mort il survient une anémie due à l'arrêt du fonctionnement des organes hématopoiétiques. Il est probable qu'il existe des rapports encore insuffisamment éclaircis entre l'augmentation des éléments protéiques du sang et cette anémie. Mais ces anémies ne sont pas la cause de l'augmentation des éléments protéiques. Encore peu d'heures avant la mort, la réaction xanthoprotéique donne des valeurs normales. Seulement immédiatement avant la mort, M. a pu constater dans 5 sur 12 des cas observés une augmentation des valeurs calorimétriques. Enfin, M. signale que dans des cas extrêmement rares une telle augmentation a pu être déjà constatée plusieurs jours avant la mort. Guy Haussen.

M. Willer (Stettin). ***Effets de l'iode sur les tissus thyroïdiens*** (*Medizinische Klinik*, t. 32, n° 30, 24 Juillet 1936, p. 999-1003). — W. distingue trois groupes d'affections de la glande thyroïde susceptibles d'être traitées par l'iode : Le goitre endémique, l'hyperthyréose, et le goitre exophtalmique (Maladie de Basedow).

Dans le goitre endémique, on trouve peu de colloïdes, une polymorphie accentuée, et des épithéliums cylindriques. Après l'action de l'iode, employé en général pour préparer l'opération, les colloïdes deviennent plus nombreux, la polymorphie presque insignifiante, la structure histologique est en somme normalisée.

En ce qui concerne l'hyperthyréose, on trouve beaucoup de colloïdes, le goitre est en général adénomateux. Après le traitement d'iode, la structure histologique demeure inchangée, le seul changement observé quelquefois étant dans le sens d'une perturbation histologique.

Des malades atteints du goitre exophtalmique prennent souvent de l'iode sans prescription et sans contrôle médical. Sous l'influence de l'iode, les colloïdes anciens sont résorbés, mais de nouvelles formations colloïdales apparaissent. De nombreuses expériences ont montré également qu'en cas de Basedow, l'iode peut avoir une influence salutaire, mais uniquement quand il est administré correctement et sous surveillance médicale.

W. conclut que dans tous les cas d'affections thyroïdiennes, il s'agit d'une insuffisance de la glande qui est compensée par l'administration d'iode. Guy Hausser.

F. Roth (Breslau). ***Contribution à l'étude de l'effet anti-anémique du cuivre*** (*Méd. Klin.* t. 32, n° 31, 31 Juillet 1936, p. 1046-1048). — Le cuivre accélère la génération cellulaire, et peut donc ainsi augmenter le nombre des globules rouges. Le cuivre aurait également une influence heureuse sur la synthèse de l'hémoglobine. Des auteurs ont donné le CU. sous forme de sulfate à des nourrissons anémiques et ont pu constater une augmentation rapide des globules rouges et de l'hémoglobine. R. rapporte 2 cas de sujets adultes. Pour le premier, femme fortement anémiée, dont on n'a pu préciser l'origine, les médications usuelles n'eurent aucune influence pendant sept semaines, puis 3 fois par jour, pendant treize jours, R. administra XX gouttes d'une solution de sulfate de cuivre à 1 pour 100. Les éléments globules rouges et hémoglobine augmentèrent très rapidement et le résultat se maintint définitivement.

Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme souffrant d'une grave anémie légèrement hyperchrome et s'accompagnant d'une leuco et thrombopénie. Pendant 8 mois, les traitements classiques furent sans effet, ainsi que 15 transfusions sanguines. Enfin, R. lui administra trois fois par jour X gouttes de la solution de sulfate de cuivre à 1 pour 100. Réticulocytes et érythrocytes augmentèrent plus lentement que dans le cas précédent, mais la guérison fut également complète et définitive.

R. recommande de ne pas donner plus de X gouttes à la fois sous peine de provoquer des réactions sanguines trop violentes qui feraient place à une nouvelle anémie. Guy Haussen.

Mme **Sébian** (Prague). ***Calcium et quinine dans le traitement des pneumonies infantiles*** (*Medizinische Klinik*, t. 32, n° 32, 7 Août 1936, p. 1075-1076). — Le traitement de ces affections pulmonaires doit poursuivre un double but : 1° lutte contre l'élément infectieux ; 2° lutte contre l'élément toxique. S. a utilisé pour cela le calcium et la quinine. Le Ca amène une diminution de l'exsudation alvéolaire, tandis que la quinine agit surtout contre les pneumocoques, et est en même temps anti-phlogistique et anti-pyrétique (La quinine ralentissant considérablement les processus d'oxydation). Cette méthode a été utilisée dans environ 30 cas. Dans les cas de complications pulmonaires du croup, le calcium resta sans effet. Dans les autres cas, il faut surtout utiliser le traitement dans les 4 premiers jours de l'affection. La sédation des phénomènes pathologiques fut très rapide. S. injectait par voie intra-musculaire 5 cmc par jour d'une telle solution. Il n'y a jamais eu de réaction locale et les cas mortels, selon S., furent évités. Guy Hausser.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig et Dresde)

Th. Barsony et **K. Winkler**. ***Opacités calcaires des parties molles de la nuque (calcinosis circumscripta ligamenti nuchae; fabella nuchae)*** [*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 54, n° 1, Juillet 1936, p. 39-49]. — Dès 1929, dans le même journal (40, n° 5), B. avait signalé l'existence, dans la région située en arrière des apophyses épineuses des 5e, 6e et 7e vertèbres cervicales, d'opacités calcaires très marquées et bien limitées. Ayant depuis relevé des faits semblables sur plusieurs centaines de sujets âgés, il considère qu'il s'agit là de cas fréquents qu'il lui paraît intéressant de discuter.

Ces opacités calcaires, que met en évidence la radiographie de profil, se présentent sous deux types différents : 1° et c'est la forme la plus fréquente, sous l'aspect d'une petite tache allongée, à base et à sommet arrondis, de la dimension d'un haricot, répondant plus ou moins oblique à l'extrémité postérieure de la 5e vertèbre cervicale et d'une opacité comparable à celle de l'apophyse épineuse (siège, forme, dimensions, opacité sont d'ailleurs variables) : 2° sous un aspect à peu près analogue, répondant aux 5e ou 7e apophyses épineuses, dont elles sont sensiblement moins éloignées que dans le type précédent.

Ces opacités, qui répondent comme siège au ligament postérieur de la nuque, et plus particulièrement à sa partie postérieure, répondent à la *calcinosis circumscripta ligamenti nuchae*.

L'étiologie en est obscure et soulève deux hypothèses, soit qu'il s'agisse de l'équivalent d'os sésamoïdes (*fabella nuchae*), soit qu'il s'agisse d'éperons osseux se rattachant aux apophyses épineuses susceptibles de s'accompagner de certains symptômes pathologiques.

Quoi qu'il en soit, et bien qu'il ait été donné d'observer des aspects de ce genre chez des sujets présentant des calcifications paraarticulaires par exemple, on les rencontre surtout chez les sujets atteints de spondylolyse ou de spondylarthrose.

Le diagnostic différentiel se posera avant tout avec la fracture de l'apophyse épineuse et la pseudarthrose. Malgré le grand nombre des cas observés, B. et W. n'ont pu qu'une seule fois obtenir un contrôle nécropsique et l'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une formation dont la structure rappelait celle d'un sésamoïde.

Morel Kahn.

DIE MEDIZINISCHE WELT
(Berlin)

Hans Fischer. ***Un cas de diabète sucré et de xanthomatose*** (*Die medizinische Welt*, t. 10, n° 25, 20 Juin 1936, p. 887-890). — Il est donné l'observation d'un hôtelier de 56 ans qui perd ses forces physiques et intellectuelles et qui présente une érup-

tion papuleuse jaune rougeâtre ou jaune clair des avant-bras, une hyperglycémie de 3 gr. 85 avec hypercholestérinémie de 3 gr. 92, 0 gr. 08 d'acétone dans l'urine et 0 gr. 19 d'acide β-oxybutyrique dans le sang. On fait le diagnostic de diabète sucré, d'artériosclérose et de xanthomatose d'origine diabétique. Le traitement a tout d'abord été diététique (150 gr. d'hydrates de carbone, 60 gr. de protéines et 90 à 100 gr. de graisses) avec journées de fruits et d'avoine. Ce régime resta sans influence. Au bout de la troisième semaine on passa à un régime pauvre en graisse et riche en hydrates de carbone (45 gr. de graisse, 70 gr. de protéines et 250 gr. d'hydrates de carbone) en même temps qu'à l'insuline (d'abord 10 unités trois fois par jour puis, plus tard, 10 unités deux fois par jour). La cétonurie disparut, le sucre du sang tomba à 1 gr. 45 et la cholestérine à un taux normal.

F. remarque, au sujet de cette observation, qu'elle donne raison aux auteurs qui préconisent un régime riche en hydrates de carbone et pauvre en graisse, régime qui freinerait la contre-régulation. Il n'y a d'ailleurs pas de raison de donner en pareil cas plus de 60 à 70 gr. de protéines dont l'excès est transformé en sucre. Quant aux hydrates de carbone, ils doivent être administrés avant tout sous forme de fruits et ont pour effet d'abaisser la glycémie et la cholestérinémie.

Les relations qui existent entre les échanges de substances grasses et la cholestérine sont également mises en évidence par cette observation. La détermination du taux de la cholestérine permet d'ailleurs de juger du trouble du métabolisme existant chez le diabétique plus complètement que la simple détermination du sucre du sang. Effectivement, c'est grâce à la graisse que la cholestérine peut être résorbée par l'organisme et les taux élevés de celle-ci sont d'un pronostic immédiat très sévère pour le diabétique.

D'autre part, il y a à considérer les relations de l'artériosclérose avec le diabète et les échanges cholestériniques. Chez certains sujets, le diabète doit être considéré comme une conséquence d'artériosclérose intéressant les vaisseaux du pancréas. Dans un second groupe, les altérations vasculaires sont la conséquence du diabète. Effectivement, quand le diabète a duré 10 ans, on constate que la fréquence de l'artériosclérose est de 79 pour 100 contre 45 pour 100 chez les sujets non diabétiques.

Il semble d'ailleurs, d'après F., que conformément à la conception de Leary, on doit considérer ce trouble des échanges lipoïdiques comme l'élément primitif responsable dans bien des cas à la fois de l'artériosclérose et du diabète. Il y aurait une insuffisance acquise ou héréditaire de l'appareil cholestérinique qui favoriserait l'artériosclérose tantôt plus spécialement du pancréas, tantôt plus spécialement des coronaires. Ces considérations prennent de la vraisemblance quand on sait que 75 pour 100 des diabétiques sont obèses au moment du début de leur maladie.

Elles conduisent également à des conclusions importantes au point de vue de la prophylaxie du diabète qui consiste essentiellement à éviter l'obésité et à réduire les graisses et les protéines au profit des hydrates de carbone bien assimilables (pain, fruits, légumes).

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE
(Leipzig)

Barglowski. ***Influence des facteurs psychiques sur l'apparition et l'évolution de la tuberculose pulmonaire*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 75, n° 3, 1936, p. 162-167). — On est étonné de la fréquence avec laquelle la tuberculose pulmonaire apparaît après de gros chocs moraux ou chez des sujets atteints de troubles psychiques chroniques caractérisés. B. a fait une étude poussée des antécédents psychiques de 20 sujets atteints de tuberculose pulmonaire; chez 10 d'entre eux, il a constaté que la maladie est survenue soit chez des schyzothymiques ou des cyclothymiques constitutionnels, soit après une plus ou moins longue période d'« ennuis » d'ordre affectif ou matériel : déceptions amoureuses, perte d'êtres chers, catastrophes financières, etc... Il cite en particulier 5 observations, dans lesquelles il semble bien ne pas s'agir d'une simple coïncidence, et où les facteurs psychiques ont contribué à diminuer la résistance de l'organisme au B. K., et à préparer à l'infection un terrain favorable.

A plus forte raison ces facteurs peuvent-ils avoir une influence sur l'évolution de la maladie; d'où l'utilité d'instituer un traitement psychothérapique, qui nécessite d'ailleurs de la part du médecin certaines connaissances en psychiatrie.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Fanconi, Uehlinger et Knauer. ***Maladie cœliaque due à une fibromatose kystique congénitale du pancréas, associée à une dilatation des bronches congénitales*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 86, n° 27-28, 4 Juillet 1936, p. 753-756). — F., U. et K. rapportent 2 cas de maladie cœliaque apparue dans les premiers mois de l'existence: à côté des troubles digestifs, de l'arrêt du développement, de l'ostéoporose et de l'hypotonie, existaient presque depuis la naissance des symptômes de bronchite et de broncho-pneumonie. Malgré toutes les thérapeutiques instituées (régimes, transfusions, insuline), les deux enfants succombèrent, l'un à l'âge de 3 ans, avec des signes de pyélonéphrite aiguë et des vomissements de sang, l'autre à l'âge de 10 mois, avec des symptômes de pneumonie.

Dans les 2 cas, on constata à l'autopsie, non pas des lésions secondaires telles qu'on les observe habituellement, mais un pancréas sclérokystique, et des ectasies bronchiques congénitales, association qui, selon les auteurs, n'aurait pas encore été décrite dans la littérature, alors que la dégénérescence kystique du pancréas comme origine de la maladie cœliaque a été maintes fois retrouvée.

G. Basch.

THE LANCET
(Londres)

S. Silvermann. ***Anémie pernicieuse suivie de carcinome de l'estomac*** (*The Lancet*, n° 5889, 11 Juillet 1936, p. 71-74). — Pour Hurst, l'anémie pernicieuse et l'achylie qui lui est associée sont les résultats d'une gastrite chronique irritative de l'estomac qui est souvent un stade précancéreux.

S. rapporte le cas d'un homme de 57 ans qui mourut d'un cancer de l'estomac après avoir présenté six ans auparavant une anémie pernicieuse suivie de trois années de parfaite santé.

L'association de ces deux maladies peut être une pure coïncidence. Elle peut être due à l'augmentation du Ph par suite de l'achlorhydrie agissant pendant une longue période, augmentation qui produit un changement de la muqueuse gastrique conduisant à l'anémie pernicieuse et permettant à l'agent carcinogénétique formé dans l'organisme de produire ses effets ou bien encore à l'inflammation chronique de la muqueuse gastrique que l'on observe souvent dans l'anémie pernicieuse.

André Plichet.

A. Maclean. ***Le chlorure de sodium dans la diphtérie*** (*The Lancet*, n° 5890, 18 Juillet 1936, p. 129-132). — La plupart des symptômes graves de la diphtérie peuvent être mis sur le compte d'une déficience de la sécrétion de la cortico-surrénale. Il n'est pas rare de trouver des hémorragies de la surrénale dans les cas mortels de diphtérie. Plusieurs auteurs ont observé dans cette maladie un trouble du métabolisme des hydrates de carbone en rapport avec la déficience surrénale. D'autre part, à la période aiguë de la diphtérie, il y a une diminution du chlore et du sodium sanguins. Pour toutes ces raisons et étant donné ce que l'on sait maintenant de l'action du chlorure de sodium dans la maladie d'Addison, il était logique d'essayer de donner dans la diphtérie du chlorure de sodium.

M. a essayé ce traitement dans des séries de diphtérie grave. Il semble que les sujets traités par cette méthode ont guéri plus vite. Certains sujets ont guéri avec des paralysies graves qui seraient morts probablement sans cette adjonction au traitement classique.

André Plichet.

C. J. Fuller. ***Adénome chromophobe de l'hypophyse associé à un syndrome de Cushing*** (*The Lancet*, n° 5891, 25 Juillet 1936, p. 181-183). — L'association d'un syndrome de Cushing avec un adénome chromophobe de l'hypophyse est une rareté.

F. décrit un cas survenu chez un adulte de 20 ans qui présentait les symptômes suivants: obésité surtout marquée au niveau de la face, du cou, du tronc; vergetures sur les épaules et sur la région pubienne, pilosité développée, pression artérielle élevée, impuissance sexuelle, diminution de la tolérance pour les sucres. Un essai de radiothérapie profonde n'arrêta pas les progrès de la maladie. A l'autopsie, on trouva un adénome chromophobe de l'hypophyse avec dégénérescence hyaline du cytoplasme des cellules basophiles du lobe antérieur.

André Plichet.

F. S. Milward et J. C. Grout. ***Modification des disques intervertébraux après ponction lombaire*** (*The Lancet*, n° 5891, 25 Juillet 1936, p. 183-184). — M. et G. ont observé 5 malades atteints de douleurs lombaires à la suite de rachianesthésie. La radiographie montra des modifications progressives d'un disque intervertébral avec tassement de l'espace intervertébral et irrégularité des bords des corps vertébraux sus et sous-jacents. Ces lésions reconnues, on fixa la colonne vertébrale en extension à l'aide d'un corset plâtré. Trois des malades reprirent rapidement leur travail, ne souffrant plus, mais ayant une limitation des mouvements.

Pour expliquer ces faits, on ne peut guère invoquer ni l'infection, ni la compression des corps vertébraux par suite du relâchement musculaire, ni l'anesthésie rachidienne puisqu'on a vu de pareils accidents se produire après ponction lombaire dans un cas de méningite cérébro-spinale.

Il semble que cette complication soit due à la piqûre directe de l'anneau fibreux permettant au nucléus pulposus de s'éliminer.

La technique de la ponction lombaire demande donc plus de considération qu'on ne lui en accorde actuellement et il faut absolument éviter de ponctionner le disque intervertébral.

André Plichet.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

M. D. Altschule et M. C. Volk. ***Effet thérapeutique de la thyroïdectomie totale sur les cardiopathies décompensées et sur l'angine de poitrine.*** XVIII. ***Le débit cardiaque à la suite de la thyroïdectomie totale chez les malades présentant ou non de la décompensation cardiaque*** (*Archives of internal Medicine*, t. 58, n° 1, Juillet 1936, p. 32-45). — A la suite des travaux de Blumgart qui ont établi la valeur de la thyroïdectomie totale dans le traitement des cardiopathies


DIGESTION DES FÉCULENTS, MATERNISATION DU LAIT,
NEURASTHÉNIE, RACHITISME, TUBERCULOSE
CONVALESCENCE
AMYLODIASTASE THÉPÉNIER
"PHOSPHODIASTASES" ÉMINEMMENT ASSIMILABLES DES CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
2 à 3 Comprimés après chaque repas
SIROP
2 cuillerées à café après chaque repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8ᵉ


GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
15 à 20 GOUTTES matin & soir
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS. 1 cuiller matin et soir
Echantillons & littératures :
LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ
RENNES (France)

chroniques réfractaires aux autres thérapeutiques, A. et V. ont étudié le débit cardiaque et les conditions de la circulation au cours de l'hypothyroïdie produite par cette opération chez 23 malades.

Ils ont constaté une diminution importante du débit cardiaque par minute et un allégement marqué du travail du cœur à la suite de l'ablation totale de la thyroïde normale. Le débit cardiaque décroît progressivement dans une plus forte proportion que ne le fait la consommation d'oxygène à mesure que le métabolisme basal s'abaisse. Cette disproportion du débit cardiaque s'associe à une augmentation progressive de la différence artério-veineuse en oxygène. Ces modifications sont surtout frappantes quand le taux du métabolisme basal est tombé au-dessous de — 15 à — 20 pour 100.

Chez 19 des 23 malades, la vitesse circulatoire se montra ralentie quand le débit cardiaque s'abaissa. Chez les cardiaques décompensés le ralentissement circulatoire fut bien plus prononcé que chez les malades non décompensés, la plupart atteints d'angine de poitrine.

La pression veineuse, la pression artérielle et la capacité vitale ne se modifièrent pas de façon significative après la thyroïdectomie totale.

A. et V. ont comparé chez les mêmes patients les résultats donnés par la méthode de mesure du débit cardiaque à l'acétylène et par la méthode à l'iodure d'éthyle; ils sont semblables.

La diminution du travail du cœur s'accompagna d'une amélioration clinique.

Les résultats enregistrés s'accordent avec la conception qui attribue l'amélioration obtenue après l'opération dans l'angine de poitrine principalement à la réduction du travail du cœur jusqu'à un taux tel qu'il peut l'accomplir sans qu'il se produise d'anoxémie.

Chez les cardiaques décompensés la consommation basale d'oxygène après thyroïdectomie tombe bien au-dessous du point auquel elle équilibre simplement le débit cardiaque abaissé et le débit cardiaque au repos s'abaisse en même temps à un niveau inférieur à celui existant avant l'opération. Ainsi chez ces malades le débit cardiaque peut-il s'accroître notablement en réponse au travail, si bien que leur degré d'activité peut augmenter sans qu'ils en soient gênés.

En outre, la diminution marquée du travail cardiaque basal qui survient chez tous les patients après l'opération procure au cœur un repos très appréciable.

P.-L. Marie.

IL POLICLINICO [Sezione medica]
(Rome)

F. Corelli. ***Anémie hypochrome et fer*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. **43**, n° 3, 1er Mars 1936, p. 105-124). — C. a traité par le fer 30 cas d'anémie hypochrome dont 8 anémies essentielles, 4 anémies secondaires à des métrorragies de la puberté ou de la ménopause, 2 anémies gravidiques, 2 anémies secondaires à des hémorragies hémorroïdaires répétées, 4 anémies chez des malades ayant subi une résection de l'estomac ou du côlon, 3 anémies secondaires à la maladie de Werlhoff, 5 anémies post-infectieuses (rhumatisme articulaire aigu, paratyphoïde, septicémie à staphylocoques), 2 anémies par ankylostomiase. Dans tous ces cas où la valeur globulaire était diminuée, le traitement par le fer à hautes doses en ingestion a eu une action évidente. C. a surtout utilisé le fer réduit (2 à 4 gr. par jour et plus); le carbonate de fer (3 à 5 gr. par jour) et le citrate de fer ammoniacal (3 à 6 gr. par jour) ont été souvent conseillés. Au traitement par le fer, il faut associer un régime riche en viande, en verdure et en fruits; l'arsenic et le foie qui n'ont pas une action hématopoiétique marquée dans ces anémies hypochromes peuvent être employés comme complément du fer.

Lucien Rouquès.

A. Gualdi. ***Le syndrome humoral dans l'insuffisance surrénale expérimentale et la maladie d'Addison; sa genèse; nouvelles possibilités thérapeutiques*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. **43**, n° 4, 1er Avril 1936, p. 163-175). — G. résume les recherches par lesquelles Baumann et Kurland, Loeb, Harrop ont montré qu'il y avait dans la maladie d'Addison comme dans l'insuffisance surrénale expérimentale un syndrome humoral caractérisé par une perturbation de l'équilibre ionique du sang (diminution du sodium avec augmentation du potassium), de l'hypoglycémie, une diminution du glutathion et de la cistéine; à ces modifications qui sont de véritables stigmates de l'insuffisance surrénale, il faut ajouter la diminution de la réserve alcaline et l'augmentation de l'azote non protéique du sang qui paraissent n'être que la conséquence des premières et qui sont corrigées par la rechloruration. Deux observations de maladie d'Addison confirment les données précédentes; la thérapeutique par le chlorure de sodium en ingestion (4 à 8 gr. par jour, moins en phase de compensation, plus en période d'aggravation, dans du lait ou en cachets contenant le double de bicarbonate) a donné de très bons résultats, sauf pour la pigmentation et l'hypotension; dans les cas graves, on peut employer les injections intraveineuses hypertoniques; il est bon de leur ajouter des injections de sérum physiologique sous la peau, étant donnée l'intense déshydratation des malades.

Lucien Rouquès.

IL POLICLINICO [Sez. chir.]
(Rome)

G. Gulotta (Catane). ***La nouvelle réaction de Meinicke dans les tuberculoses chirurgicales*** (*Il Policlinico* [*Sez. Chir.*], t. **43**, n° 7, 15 Juillet 1936, p. 310-314). — Meinicke a proposé au récent Congrès de Frankfort une réaction sérologique qui permet artificiellement de mettre en évidence le très faible pouvoir immunisant des sérums tuberculeux. Cette nouvelle réaction essayée en Allemagne et en Italie a donné de très intéressants résultats dans le diagnostic des manifestations médicales de la tuberculose.

G. a recherché la valeur de la réaction de Meinicke chez les sujets porteurs de lésions tuberculeuses dites « chirurgicales », sujets ne présentant ni les uns ni les autres de localisations pulmonaires cliniquement décelables. Voici ses résultats : Sur 34 tuberculoses chirurgicales la réaction fut positive dans 80 pour 100 des cas. G. remarque que la positivité fut constante quand les lésions étaient en évolution; à cette période de la maladie la réaction présente de plus une forte positivité.

Mais G. a recherché également si la réaction était nettement spécifique et sur 16 sujets atteints d'affections diverses, il obtint une réaction négative dans une proportion de 81 pour 100 des cas.

Il conclut à la valeur certaine de la réaction pour laquelle il demande une appréciation raisonnable des résultats. Il faut les confronter avec les conclusions cliniques, radiologiques et évolutives et non les interpréter avec une trop absolue rigueur.

Marcel Arnaud.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

L. Lami. ***Sur la polyglobulie gastrogène*** (*La Riforma medica*, t. **52**, n° 6, 8 Février 1936, p. 177-180). — L. rapporte l'observation d'un sujet de 57 ans présentant, depuis 8 années, de l'érythrose cutanée, une hépatomégalie modérée, une splénomégalie notable (la rate atteignant en bas le niveau de l'ombilic), avec polyglobulie (6.800.000 globules rouges, 110 pour 100 d'hémoglobine, 17.000 globules blancs, 86 polynucléaires neutrophiles, 1 éosinophile, 1 basophile, 9 lymphocytes, 3 monocytes); presque depuis le début de la maladie, le malade s'était plaint de troubles dyspeptiques et de douleurs de plus en plus violentes dans l'hypocondre gauche; de nombreux examens radiologiques de l'estomac et du duodénum étaient restés négatifs. L'autopsie montra un foie de stase avec angiomes sous-capsulaires, une thrombose de l'artère splénique, un infarctus subtotal de la rate, un ulcère rond de la face antérieure de l'antre pylorique à 3 cm. du pylore; la moelle osseuse du tibia et du sternum était en grande partie d'aspect graisseux; il n'y avait que quelques petites zones de moelle rouge.

Les recherches sur le principe gastrique anti-anémique donnent à penser que l'association d'un ulcère et d'une polyglobulie ne relève pas d'une coïncidence fortuite; toutefois la conception gastrogène des polyglobulies soulève des objections sérieuses et ne peut être considérée comme démontrée; le malade de L. avait un suc gastrique histaminique dont la teneur en acide chlorhydrique était normale. Les polyglobulies des ulcéreux dépendent peut-être d'une meilleure utilisation du fer alimentaire en milieu hyperacide; chez un acrodynique avec anémie hypochrome, L. a vu les globules rouges passer de 3.600.000 à 8.000.000 par l'administration prolongée de carbonate de fer; mais il a fallu dans ce cas des doses de fer extrêmement élevées (6 gr. par jour) qui ne sont évidemment pas de l'ordre de celles que contiennent les aliments.

Lucien Rouquès.

E. Reppetto. ***Tumeurs huileuses et stéatonécrose sous-cutanée*** (*La Riforma medica*, t. **52**, n° 15, 11 Avril 1936, p. 495-500). — R. rapporte un cas de tumeur huileuse de la cuisse développée chez une femme de 38 ans, au siège d'une injection d'huile camphrée; les caractères histologiques de la tumeur étaient les mêmes que ceux des stéatonécroses sous-cutanées; R. estime que les tumeurs huileuses et les stéatonécroses sous-cutanées rentrent dans le même cadre morbide; l'huile injectée agit comme un corps traumatisant susceptible de déclencher une véritable nécrose du tissu graisseux; mais à côté de ce facteur local, il faut faire place à d'autres facteurs; le rôle des perturbations endocriniennes et surtout thyro-ovariennes paraît important; la malade de R. était obèse et sa tumeur présentait à chaque période menstruelle une poussée pseudo-phlegmoneuse.

Lucien Rouquès.

F. Capella. ***Valeur pronostique de la constante d'Ambard dans les interventions sur les voies biliaires*** (*La Riforma medica*, t. **52**, n° 17, 25 Avril 1936, p. 571-574). — D'une étude de 140 malades opérés d'affections des voies biliaires, C. conclut à la valeur de la constante d'Ambard pour dépister ces insuffisances rénales qui ne sont révélées ni par l'examen des urines, ni par le dosage de l'azotémie et qui sont la cause de tant de morts post-opératoires. La constante d'Ambard ne permet pas de poser de règles absolues, mais elle fournit des indices de prudence qui sont valables pour la grande majorité des cas; bien entendu, la détermination faite à l'entrée du malade à l'hôpital n'a qu'une valeur d'orientation et il ne faut retenir, pour le pronostic, que la constante faite après une préparation opportune du malade.

Lucien Rouquès.

P. Riolo. ***Traitement du purpura hémorragique par la spléno-contraction déterminée par voie intraveineuse*** (*La Riforma medica*, t. **52**, n° 18, 2 Mai 1936, p. 603-606). — R. propose de traiter le purpura par des injections intraveineuses quotidiennes d'adrénaline à doses très faibles (un centième de milligr. comme dose initiale, puis



LAIT SEC DEMI-ÉCRÉMÉ NON SUCRÉ

Le plus comparable, par ses caractères physiologiques, au lait de femme. — Digestibilité parfaite.

Le Lait DRYCO est l'aliment qui convient à tous les nourrissons.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LAIT SEC "DRYCO", 5, RUE SAINT-ROCH - PARIS



VICHY-ETAT



Sources chaudes. Eaux Médicinales :

GRANDE-GRILLE - HOPITAL - CHOMEL

Source froide. Eau de régime par excellence :

CELESTINS

Toutes les eaux de VICHY-ETAT sont indiquées dans les maladies

de l'**APPAREIL DIGESTIF :**

Estomac, Foie, Voies biliaires

et de la **NUTRITION :**

Arthritisme, Diabète, Obésité

Avec les eaux de **VICHY-ETAT :**

SEL VICHY-ETAT pour faire soi-même une eau alcaline.

PASTILLES et **SURPASTILLES VICHY-ETAT** pour faciliter la digestion.

COMPRIMÉS VICHY-ETAT pour le voyage.

PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE

VACCINATION PAR VOIE BUCCALE

BILIVACCIN

Contre : la TYPHOIDE, les PARA A et B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
le CHOLÉRA, les COLIBACILLOSES

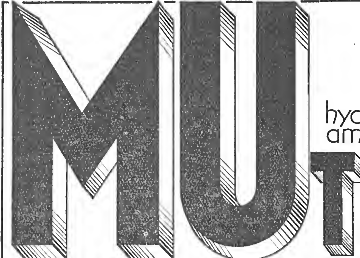
H. VILLETTE, PH.

JUS DE RAISIN

CHALLAND

ALIMENT DE RÉGIME
ASSIMILABILITÉ PARFAITE
CURE DE RAISIN

JUS DE RAISIN CHALLAND, S. A., à NUITS-St-GEORGES (Côte-d'Or)



LABORATOIRE
G. FERMÉ
22, RUE DE TURIN • PARIS

hydroxyde de bismuth radifère
amp. de 2 cc. intramusculaires

THANOL

en augmentant jusqu'à un dixième de milligr., dose répétée 20 fois), technique déjà proposée par Ascoli et Diliberto pour le traitement des splénomégalies paludéennes chroniques. Un premier cas concerne un enfant de 15 ans atteint de purpura un mois après des accès palustres; sous l'influence du traitement le purpura disparut et les plaquettes passèrent de 100.000 à 280.000 par millimètre cube; la guérison s'est maintenue pendant les 18 mois de l'observation. Un autre cas concerne une femme de 39 ans, ayant depuis des années des métrorragies et des ecchymoses; la malade fut suivie pendant un an après le traitement adrénalinique et ne présenta plus de métrorragies; les plaquettes passèrent de 50.000 à 300.000.

Le mode d'action de l'adrénaline est complexe: action sur la rate, sur la moelle osseuse, sur le tonus vasculaire? le signe du lacet peut devenir négatif après le traitement. D'autre part, les anomalies sanguines, comme dans un troisième cas que résume R., peuvent être parfaitement corrigées sans que les hémorragies soient arrêtées.

Lucien Rouquès.

ANNALI D'IGIENE
(Rome)

G. Sanarelli et **A. Alessandrini.** ***Etudes sur l'ultra-virus tuberculeux (3e mémoire) : la culture des protogènes tuberculeux*** (*Annali d'Igiene*), t. **45**, n° 11, Novembre 1935, p. 753-775). — Dans ce nouveau mémoire, S. et A. montrent que les protogènes tuberculeux, développés dans la cavité externe d'un double sac de collodion placé pendant un temps déterminé dans la cavité péritonéale de lapins ou dans une grande éprouvette contenant du liquide de Sauton, peuvent croître sur le nouveau milieu de Lœwenstein; presque toujours non ou à peine pathogènes pour le cobaye, ils peuvent produire sur ce milieu des macrocultures typiques tuberculigènes ou des microcultures inapparentes et non pathogènes, elles-mêmes susceptibles d'aboutir par passages successifs à des macrocultures pathogènes. Pour que les cultures sur milieu de Lœwenstein aient la plus grande probabilité de réussite, il faut que le prélèvement du liquide contenu entre les deux sacs de collodion soit effectué du 30e au 45e jour après l'introduction des sacs dans le péritoine ou le liquide de Sauton. Un séjour plus prolongé des sacs affaiblit peu à peu les facultés d'adaptation et de reproduction des protogènes; après un séjour de 56 jours, les protogènes, bien qu'abondants, sont incapables de donner des macrocultures, même après repiquages; après 70 jours, toutes les cultures restent stériles et il n'y a plus entre les sacs d'éléments colorables, granuleux ou bacillaires. Cette atténuation, puis cette destruction progressive ne tient pas au faible pouvoir bactéricide de la sérosité péritonéale, puisqu'elle s'observe dans les sacs plongés dans le liquide de Sauton; elle paraît dépendre d'un séjour trop prolongé dans une ambiance confinée et non aérée; des bacilles tuberculeux virulents, placés dans les mêmes conditions, présentent une atténuation analogue.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE
(Bologne)

G. Benzoni, ***L'ulcère expérimental par l'histamine et la pathogénie de l'ulcère peptique*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. **5**, n° 1, Janvier 1936, p. 30-51). — Reprenant des expériences de Büchner, B. a fait des injections biquotidiennes d'histamine une heure environ avant les repas à différents animaux; chez un chien et deux lapins, les essais n'ont pas abouti; sur 6 cobayes traités pendant 7 à 19 jours, 2 ont présenté des ulcérations, 3 chez l'un et 2 chez l'autre; il y avait un ulcère typique avec perforation imminente chez l'un, avec péritonite adhésive déjà organisée chez l'autre; ces deux ulcères avaient pour particularités histologiques le peu d'importance des phénomènes hémorragiques, l'absence d'altérations vasculaires importantes, l'épaississement œdémateux et la faible colorabilité de la sous-muqueuse, la faible infiltration parvicellulaire surtout accusée au niveau du fond et des bords, la dégénérescence hyaline de la musculaire, l'absence de phénomènes de régénération de la muqueuse. On a soutenu que l'ulcère gastro-duodénal n'était qu'une manifestation anaphylactique, mais aucune preuve expérimentale n'a été fournie; on sait d'ailleurs que l'anaphylaxie varie suivant les espèces; l'existence des ulcères par l'histamine peut plaider en faveur de la conception anaphylactique de l'ulcère gastro-duodénal. Dans l'état actuel des faits, il n'y a que dans les ulcérations des grands brûlés qu'un rôle pathogénique peut être assigné à l'histamine seule ou en union avec d'autres produits de dégradation protéique.

Lucien Rouquès.

L. Bordoli. ***L'hyperglobulie dans l'ulcère duodénal*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. **5**, n° 2, Mars 1936, p. 174-182). — La question de la polyglobulie au cours des ulcères duodénaux est encore controversée puisque Mairano l'a trouvée dans 21 cas sur 23 (91 pour 100) tandis qu'Allodi et Griva ne l'ont rencontrée que dans 2 cas sur 26 (7,6 pour 100). B. a étudié 135 malades atteints d'ulcères (86 duodénaux et 49 gastriques); les formules moyennes des ulcéreux gastriques et duodénaux sont à peu près les mêmes en ce qui concerne les globules blancs; les taux moyens de l'hémoglobine et des globules rouges sont un peu plus élevés dans les ulcères duodénaux (4.150.000 et 81 pour 100) que dans les ulcères gastriques (3.840.000 et 73 pour 100) mais dans les deux cas, la valeur globulaire reste très proche de l'unité. B. a trouvé 21 cas de polyglobulie (en considérant comme polyglobuliques les malades ayant plus de 5.000.000 de globules rouges), soit 15,5 pour 100 du total des ulcères, 15 dans les ulcères duodénaux (soit 17,4 pour 100) et 6 dans les ulcères gastriques; aucun malade n'a présenté plus de 6.000.000 de globules rouges. L'examen du suc gastrique après stimulation caféinique a donné en moyenne : HCl libre 2,55 pour 1.000, acidité totale 3,13 pour 1.000.

Discutant la pathogénie, B. remarque que chez les malades atteints d'ulcère, surtout d'ulcère duodénal, on rencontre souvent une hypotension systolique et diastolique, indice d'une particulière hypotonie vagale; l'hyperglobulie n'est peut-être qu'une apparence résultant de la stase périphérique; toutefois, il est indiscutable que l'hyperglobulie existe chez des ulcéreux dont la pression est absolument normale. A noter, chez les ulcéreux polyglobuliques, une légère mononucléose.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

A. Robecchi et **F. Quaglia.** ***Recherches sur l'élimination de l'acide urique par voie gastrique. Note I : L'uricogastrie à l'état normal et pathologique*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **61**, n° 4, Avril 1936, p. 341-366). — On trouve constamment de l'acide urique dans le suc gastrique; à l'état normal, sa teneur varie entre 0,5 et 1,2 milligr. pour 100 tandis que dans toutes les affections où il y a des altérations destructives de la muqueuse gastrique, la teneur dépasse nettement la normale; cette augmentation n'est pas en rapport avec une fonction des glandes gastriques, mais est produite par la dislocation des noyaux de la paroi stomacale. Ce n'est que lorsque cette portion entérogénétique de l'acide urique est très élevée que la valeur de l'uricogastrie peut dépasser celle de l'uricémie; cette éventualité est d'ailleurs assez rare et, dans la règle, l'uricogastrie est nettement inférieure à l'uricémie.

Chez les sujets atteints d'hyperuricémie rénale ou goutteuse, l'uricogastrie augmente presque constamment sans qu'il y ait un net parallélisme entre sa valeur et celle de l'uricémie. Cette élévation de l'uricogastrie, qui ne dépend pas d'une augmentation de la portion entérogénétique, est le témoin de la capacité qu'a l'estomac d'éliminer l'acide urique; mais cette capacité est limitée et l'uricogastrie ne dépasse en pratique l'uricémie que lorsque la portion entérogénétique est accrue.

L'élimination d'acide urique par l'estomac, comme celle qui s'effectue par les glandes salivaires et par les sécrétions biliaire, pancréatique et intestinale, ne peut avoir d'utilité réelle pour la dépuration de l'organisme que si l'acide urique n'est pas secondairement résorbé au cours de la traversée intestinale; des recherches de Lucke ont montré que le taux de l'acide urique diminuait peu à peu vers les régions basses de l'intestin; mais la diminution est trop forte pour être attribuée à une simple résorption et il est probable qu'il s'agit d'une purinolyse par les bactéries intestinales; on sait, en effet, que l'acide urique disparaît des fèces quelques heures après leur émission.

Lucien Rouquès.

A. Robecchi et **F. Quaglia.** ***Recherches sur l'élimination de l'acide urique par voie gastrique. Note II : les courbes uricémique et uricogastrique après injection intraveineuse d'acide urique et d'acide phénylchinolincarbonique*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **61**, n° 4, Avril 1936, p. 367-396). — Si l'on injecte à des goutteux ou à des sujets normaux de l'acide urique dans les veines, l'uricogastrie s'élève aussitôt après l'injection, atteint sa valeur la plus haute après 2 ou 3 heures, puis baisse peu à peu; après injection intraveineuse d'acide phénylchinolincarbonique, l'uricogastrie s'élève parallèlement à l'uricémie pendant 2 ou 3 heures; dans tous les cas, les valeurs de l'uricogastrie restent toujours au-dessus de celles de l'uricémie. Il n'y a entre les comportements des goutteux et des sujets normaux que de minimes différences; par exemple, après injection d'acide phénylchinolincarbonique, la phase ascendante de la courbe de l'uricogastrie est un peu plus précoce et la phase descendante un peu plus tardive chez les goutteux que chez les sujets normaux.

De ces résultats et de ceux mentionnés dans l'analyse précédente, on peut conclure que l'estomac est capable d'éliminer l'acide urique; cette élimination est particulièrement importante quand les émonctoires normaux sont insuffisants et chez les hyperuricémiques; mais l'estomac n'arrive jamais à concentrer l'acide urique à un taux supérieur à celui de l'uricémie. Il faut tenir compte de cette élimination gastrique si l'on veut tenter un bilan exact du métabolisme purique.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

A. Bertola. ***Influence de la transfusion sur la vitesse de circulation du sang*** (*La Clinica medica italiana*, t. **67**, n° 3, Mars 1936, p. 147-154). — B. a déterminé chez 12 sujets atteints d'anémie secondaire (parasitaire, cancéreuse, post-hémorragique) la vitesse de circulation du sang par la méthode au chlorure de calcium intraveineux; normalement, le temps de circulation est en moyenne 14,8 secondes avec des variations de 14 à 16,5; chez les

anémiques, la vitesse a été légèrement supérieure (temps de 13,5 secondes en moyenne); en général, plus l'anémie était intense, plus la vitesse du sang était accélérée, mais il y a eu des exceptions; 20 à 30 minutes après une transfusion, le temps de circulation des anémiques a été légèrement prolongé (16,3 secondes), mais B. n'a pas remarqué de parallélisme strict entre la diminution de la vitesse et l'accroissement du taux de l'hémoglobine. Après 24 heures, la vitesse initiale a été reprise complètement ou presque complètement.

LUCIEN ROUQUÈS.

GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE (Venise)

R. Dusso. ***Recherches cliniques sur le mécanisme de l'action de l'insuline dans la thérapeutique engraissante*** (*Giornale veneto di scienze mediche*, t. 10, n° 1, Janvier 1936, p. 1-21). — Le traitement insulinique, lorsque ses indications sont bien posées, a une valeur réelle comme thérapeutique engraissante; des doses petites et progressives (5-20 unités par jour) pendant 3 ou 4 semaines sont suffisantes; la ration alimentaire doit être hypercalorique, mais il n'y a pas besoin d'une suralimentation globale ou hydro-carbonée. Ne tirent pas bénéfice du traitement les longilignes sthéniques, en bonnes conditions d'hématopoïèse, dont le tonus a une prédominance vagale ou sympathique, dont le fonctionnement gastro-intestinal est bon, dont le métabolisme basal et la réserve alcaline ont des valeurs normales fortes, dont la réponse à l'excitation insulinienne est bonne. Sont à peu près seuls à tirer profit du traitement, les longilignes asthéniques, oligoémiques, hypopeptiques, à métabolisme plutôt bas, avec atonie gastro-intestinale, à tonus vagal faible, à réserve alcaline de valeur normale faible, avec faible réponse à l'insuline.

L'action de l'insuline chez ces sujets est extrêmement complexe, mais l'essentiel est la régulation du tonus neurovégétatif, en particulier du tonus vagal, d'une part, un apport majeur d'insuline endogène avec ses conséquences sur le métabolisme des hydrates de carbone et la transformation des graisses, d'autre part; le réveil des fonctions gastrique, intestinale, hémopoïétique, de l'appétit n'est que la conséquence non obligatoire du rétablissement du tonus vagal et du fonctionnement insulaire. Les divers mécanismes souvent mis en avant (faim post-insulinique et hypernutrition, régulation des fonctions gastro-intestinales, augmentation du métabolisme basal et du quotient respiratoire, rétention d'eau...) ne peuvent expliquer à eux seuls l'engraissement rapide et constant. On ignore si les modifications légères de la réserve alcaline ont une valeur de premier ou de second plan; quant à la fixation d'eau par les tissus, elle n'explique pas à elle seule l'augmentation du poids.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Scarpa. ***Déséquilibre angioneurotique dans l'angine de poitrine et syndrome de diathèse vaso-motrice*** (*Giornale veneto di scienze mediche*, t. 10, n° 1, Janvier 1936, p. 22-32). — S. a étudié les modifications de la pression et du pouls au cours des crises d'angine de poitrine chez 4 malades; chez aucun, les pressions moyenne et minima n'ont varié; chez 3, la maxima est restée fixe, chez le 4e, elle a nettement augmenté; la fréquence du pouls et de la respiration non modifiée chez 3 malades a varié chez le 4e tantôt en plus, tantôt en moins; chez tous et pendant toutes les crises étudiées, l'indice oscillométrique déterminé à la pression moyenne a augmenté, parfois du simple au double; d'une manière générale, les diverses épreuves ont mis en évidence une instabilité du système vaso-moteur. S. pense avoir apporté par ses recherches une nouvelle preuve en faveur de la théorie neurogène de l'angine de poitrine; les crises sont dues à une décharge angioneurotique dont le maximum d'intensité correspond au territoire des coronaires; un terrain constitutionnellement prédisposé est nécessaire à côté des lésions de l'appareil cardio-vasculaire.

LUCIEN ROUQUÈS.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA (Florence)

G. Patrassi et E. Jona. ***Polycythémie avec gangrène spontanée des membres; rapports de la polycythémie et de la maladie de Buerger*** (*Rivista di clinica medica*, t. 37, nos 5-6, 15-30 Mars 1936, p. 166-191). — Une femme de 35 ans présente des douleurs violentes au niveau du pied gauche dont plusieurs orteils se sphacèlent; la pédieuse ne bat pas; l'examen général montre une teinte rouge vineuse des téguments; le nombre des hématies varie entre 7.000.000 et 5.200.000, sans modification sensible du nombre et de la formule des leucocytes; il n'y a pas de splénomégalie; la tension artérielle est 20,5-11, la glycémie est 0 gr. 76 et la calcémie 0 gr. 110. Une parathyroïdectomie enlevant un fragment de glande normale ne procure qu'une courte amélioration et l'on doit amputer le pied, puis la cuisse au tiers moyen. Le pied droit se sphacèle à son tour; un traitement radiothérapique institué sur les os longs produit une baisse légère des hématies et de l'hémoglobine et une forte diminution des plaquettes (de 900.000 à 400.000); la pression artérielle revient à la normale; la gangrène cesse brusquement de s'étendre, régresse et se limite, les douleurs cessent. Le résultat s'est maintenu au cours des quelques mois pendant lesquels la malade a été suivie.

On relève dans la littérature 13 cas de thrombose vasculaire des extrémités au cours de la polycythémie; on sait d'autre part que dans la maladie de Buerger certains auteurs ont signalé une augmentation du nombre des hématies et des plaquettes. Les altérations trouvées par P. et J. au niveau de la pédieuse du pied amputé sont, en substance, celles de la maladie de Buerger: thrombose avec recanalisation, rétrécissement de la lumière par un épaississement pariétal et, en particulier, par une hyperplasie de l'intima, en somme un processus d'artérite oblitérante.

LUCIEN ROUQUÈS.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE

H. J. Viersma. ***Altérations thyroïdiennes et arthrite*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 80, n° 28, 11 Juillet 1936, p. 3264-3272). — L'opinion actuelle est qu'il n'existe pas de preuve de l'existence d'une arthrite primitivement endocrinienne. Néanmoins, il est consacré à cette question un certain nombre de travaux qui prennent en considération principalement la thyroïde pour la raison d'abord que des lésions articulaires s'observent beaucoup dans les contrées à goitre puis parce que le métabolisme de base est souvent abaissé dans les affections articulaires chroniques et enfin parce que la thyroïde agit bien dans quelques cas de ce genre.

Mais il y a tout d'abord lieu de noter à ce sujet qu'on n'est pas d'accord pour admettre qu'il y a, en cas de maladie des articulations, diminution des fonctions thyroïdiennes. Dans un tableau où V. réunit les constatations faites sur ce point par une série importante d'auteurs, il résulte cependant que l'abaissement du métabolisme est plus fréquemment constaté que l'élévation, bien que différents facteurs (douleur, position forcée, température subfébrile) soient de nature à élever les échanges. De plus, sous l'influence de la thyroïdine, on constate des résultats satisfaisants et on élève le métabolisme.

On peut donc conclure que l'insuffisance thyroïdienne peut jouer un rôle, notamment dans l'arthrite hypertrophique. D'autre part, il a été publié un certain nombre d'observations dans lesquelles il est survenu concurremment de l'hyperthyroïdie et de la polyarthrite. V. donne l'observation d'un homme de 52 ans qui présente une maladie de Basedow moyennement sévère à la suite de laquelle il est survenu en 6 à 7 semaines une ankylose totale des deux articulations de l'épaule, associée à des douleurs vives s'irradiant dans les membres et à une atrophie importante des muscles de l'épaule et du bras. Il y a donc lieu de se demander quelles relations étiologiques il existe entre ces deux affections. Duncan, qui a observé 292 cas de ce genre, pense que chez 29 pour 100 d'entre eux il y a relation étiologique entre les deux syndromes, surtout quand l'arthrite intéressait les deux épaules, présentait une grande tendance à s'étendre aux mains et à déterminer de l'atrophie musculaire. Dans ces états, l'ablation subtotale de la thyroïde a apporté des modifications à l'état pathologique, la douleur disparaissant quelquefois 48 ou 72 heures après l'intervention.

Il fut procédé chez les malades de V. à une strumectomie subtotale qui fit disparaître la douleur en 36 heures, diminuer la raideur et l'atrophie musculaire. Trois mois après l'opération, le métabolisme de base, qui était de + 60 pour 100, s'était abaissé à + 25 pour 100 et le malade pouvait s'habiller seul.

Il y a lieu, d'après V., de rapprocher les effets de cette intervention de ceux de l'extirpation des parathyroïdes qui ont été tels qu'on a parfois été amené à rattacher cette forme de rhumatisme à un état d'hyperparathyroïdisme. Mais d'autres interventions, comme par exemple l'ablation des ganglions sympathiques, ainsi que des infections (fièvre typhoïde, la thérapeutique irritative non spécifique, la narcose, les interventions pour calculs biliaires), ont eu des effets analogues. Néanmoins, il y a lieu d'admettre que dans tous ces cas, il existait de l'hyperthyroïdie et que la strumectomie subtotale s'est montrée efficace alors que la simple ligature des vaisseaux ou la lobectomie sont sans effets. L'hyperthyroïdie doit donc être considérée comme un des facteurs principaux, bien qu'il soit observé rarement en cas de maladie de Basedow, ce qui conduit à admettre l'intervention d'autres facteurs et notamment les facteurs régionaux expliquant le nombre de cas observés par Duncan. En tout cas, quand l'hyperthyroïdisme guérit, le fondement sur lequel se développe cette forme d'arthrite disparaît.

P.-E. MORHARDT.

H. Boom. ***Cachexie hypophysaire de Simmonds et altérations du squelette*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 80, n° 29, 18 Juillet 1936, p. 3336-3342). — B. donne l'observation d'un homme de 67 ans qui s'est bien porté jusqu'en 1907, qui, à partir de ce moment-là, a commencé à présenter une diminution de l'acuité visuelle rapportée à une tumeur hypophysaire, mais qui a été améliorée sous l'influence d'un drainage du sinus sphénoïdal. Depuis lors, le malade se porta bien. En 1930, on fit le diagnostic d'ostéite déformante de Paget à cause d'épaississements des os de la voûte cranienne et d'altérations de la structure du squelette au niveau de la hanche, du genou, etc... Par ailleurs, le malade présentait une légère sclérodermie, ce qui amena à lui prescrire un extrait de préhypophyse et des vitamines.

Ces altérations osseuses allèrent en s'aggravant, de même que l'état général, de sorte qu'en Septembre 1935, on arriva à penser qu'à côté de la maladie de Paget, il existait un syndrome de cachexie hypophysaire complète : amaigrissement (51 kilogr. 2), adynamie, peau sèche et jaune pâle, sensation de froid, apathie et somnolence, testicules petits, perte des poils du pubis et des aisselles,

cheveux secs, ongles fragiles, pression du sang 90/60, métabolisme de base de 22 pour 100 et glycémie à jeun de 74 centgr. par litre.

On administre au malade une préparation hormonale à base d'urine de gestante (pregnyl) à la dose de 30, puis de 100 unités-rat par jour. Plus tard, on a recours également à des injections d'ampoules contenant 100 unités thyrotrope et 5 unités gonadotrope de la préhypophyse. Sous cette influence, on constate une amélioration remarquable, le malade prend une expression plus vivante, parle plus facilement, mange davantage. Le poids atteint 72 kilogr., le métabolisme de base — 6 pour 100, la glycémie 0,81, la pression du sang 115/75. Par contre, les altérations du squelette ne se modifient en aucune manière.

En ce qui concerne la cachexie hypophysaire, le traitement institué a réalisé une véritable thérapeutique de substitution sans que d'ailleurs on ait observé rien qui amène à songer à la production d'antisubstances qui apparaîtraient selon la conception de Collip, sous l'influence des hormones gonadotropes et thyrotropes et qui les empêcheraient peu à peu d'agir.

Quant à la maladie de Paget concomitante, B. fait appel, pour en expliquer l'apparition, à la théorie de Léri, selon qui cette maladie peut avoir pour origine des causes très diverses comme l'artériosclérose, la syphilis, des troubles vasomoteurs, des traumatismes, etc... Il y aurait donc lieu d'admettre dans ces conditions que la maladie de Simmonds, qui provoque une atrophie de la peau, des cheveux et des ongles, pourrait également déterminer des altérations régressives du squelette.

P.-E. Morhardt.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

I. Jacobovici et **B. Theodorosco.** ***La thyroïdectomie totale dans l'insuffisance cardiaque sans hyperthyroïdisme*** (*Romania medicala*, t. **14**, nos 13-14, 1er-15 Juillet 1936, p. 185-186. — Le rétablissement rapide du cœur après la thyroïdectomie a été observé la première fois par Kocher en 1883. J. et T. citent l'observation d'une malade âgée de 47 ans, qui présentait une grande insuffisance cardiaque, avec dyspnée intense, œdèmes volumineux. L'affection avait débuté depuis 4 ans; les premiers symptômes avaient cédé aux toni-cardiaques. Le métabolisme basal était de 24 pour 100; il y avait une légère glycosurie. Le cœur battait à 120 avec un rythme irrégulier; à la pointe on trouvait un souffle systolique. Le diagnostic de T. était celui de myocardite chronique avec fibrillation, insuffisance mitrale, insuffisance cardiaque irréductible. La malade entrée dans la clinique du prof. Danielopolu est préparée pendant 2 mois par une thérapeutique appropriée. Son état général et cardiaque s'améliore et à ce moment a lieu l'intervention chirurgicale. La dyspnée est disparue, les œdèmes également ; le pouls irrégulier bat à 80-90. Le métabolisme basal est de 8 pour 100. J. pratique l'anesthésie locale et paravertébrale à la novocaïne (60 centigr.). L'anesthésie fut parfaite et précédée de l'injection de 2 centigr. de pantopon divisé en 3 piqûres, une piqûre chaque 1/2 heure. Après l'intervention l'état général est excellent, le métabolisme basal de 5 pour 100. L'hypertrophie du foie est disparue complètement, la tension artérielle tombe de 18-14 à 15-8. L'intervention nécessite la préparation minutieuse de la malade, au point de vue médical. A l'anesthésie générale recommandée par Allen (au protoxyde d'azote), J. et T. préfèrent l'anesthésie loco-régionale. La technique opératoire subit la modification de Welti (ligature des pédicules à l'endroit de pénétration dans la capsule). Après l'opération J. utilise l'insuline dans tous les cas de thyroïdectomie, et fréquemment les lavements glucosés et chlorurés. Le risque opératoire serait très faible; si les malades sont bien sélectionnés, il serait nul. L'absence des symptômes d'insuffisance thyroïdienne est surprenante. Pour A. Lemaire et J. Patel, elle s'explique par l'existence de nodules aberrants ou par une synergie thyro-parathyroïdienne. Le cas de J. et T. ne permet pas de conclure à l'efficacité de la méthode, la malade se trouvant dans de bonnes conditions avant l'intervention et d'autre part l'intervention est trop récente. M. Labbé a constaté dans un cas la disparition de l'arythmie complète.

J. et T. concluent à l'innocuité de la méthode; les statistiques des autres auteurs affirment son efficacité.

Henri Krauter.

S. Ciorapciu et **R. Popesco.** ***Le traitement des hémoptysies par les injections sous-cutanées d'oxygène*** (*Romania Medicala*, t. **14**, nos 13-14, 1-15 Juillet 1936, p. 193). — Dans les hémoptysies de grande abondance la plupart des moyens thérapeutiques mis en œuvre agissent trop lentement. L'essai de traitement des hémoptysies par les injections sous-cutanées est de date récente et a presque toujours donné satisfaction à ceux qui l'ont employé.

Cette nouvelle méthode thérapeutique fut imaginée et appliquée par A. Ravina, Benzaquen et Bibas qui assistèrent à l'arrêt d'une hémoptysie après l'installation d'un emphysème sous-cutané étendu.

A. Ravina et ses collaborateurs ont pensé que la distension cutanée a provoqué un réflexe vasoconstricteur au niveau du poumon, d'où l'arrêt de l'hémorragie.

Ils ont vérifié et confirmé cette hypothèse chez deux autres malades, en leur injectant 1 litre d'oxygène; l'hémoptysie s'est arrêtée immédiatement (*Revue de la Tuberculose*, Avril 1933).

A. Courcoux a rapporté une statistique de 38 cas : dans 25 cas arrêt immédiat de l'hémoptysie; dans 6 cas, arrêt de l'hémoptysie après 2-3 jours d'injection, dans 7 cas résultats négatifs.

C. et P. rapportent 25 cas traités par la méthode de Ravina. Ils ont employé une aiguille de calibre plus grand de façon à provoquer un passage brusque avec *distension rapide* du tissu sous-cutané. C. et P. croient au réflexe vaso-constricteur décrit par Ravina et l'on provoque son apparition plus rapide par une poche créée dans un plus court laps de temps. La région à injecter est le thorax, côté malade ou opposé, dans quelques cas la cuisse. Les résultats seraient équivalents *à condition de créer une distension suffisante.* A ce point de vue le tissu sous-cutané de la cuisse serait plus favorable, à cause de sa densité; l'oxygène diffuse moins vite qu'ailleurs. Il faut souligner que l'injection à ce niveau est plus sensible qu'au niveau du thorax, à cause de la tension développée dans le tissu sous-cutané.

Sur les 25 cas, 23 étaient des bacillaires, aux lésions plus ou moins étendues. 2 non bacillaires présentèrent un arrêt imédiat de l'hémoptysie (un cas d'affection pulmonaire hémoptoïque pseudotumorale, l'autre cas, un purpura hémorragique avec hémoptysies) après la première injection.

Chez 14 malades bacillaires, l'hémoptysie s'arrêta après 1 à 3 injections d'oxygène; chez 9 malades on associa d'autres médications.

Les malades gardaient le lit, avec alimentation liquide ou demi-liquide; on administrait chaque fois qu'il était nécessaire des calmants de la toux (dionine, codéine). Après 2-3 jours d'oxygénothérapie, si le résultat n'était pas satisfaisant, on avait recours aux autres moyens.

C. et P. croient que la méthode de Ravina est indiquée dans les formes congestives récentes. Dans les formes fibreuses ou avec grosses destructions parenchymateuses, l'efficacité est plus réduite. Cette action favorable dans les lésions récentes est explicable par le réflexe végétatif vasoconstricteur qui s'adresse au facteur vasculaire de l'hémoptysie. Il faut associer des calmants de la toux pour supprimer un autre facteur de l'hémoptysie. Une certaine analogie peut être établie quant au réflexe vasoconstricteur, entre la méthode de Ravina et la méthode de Tripier (lavement d'eau chaude), ou de Gros (poche de glace sur les organes génitaux externes).

En conclusion on doit employer, dans le traitement des hémoptysies, les injections sous-cutanées d'oxygène, seules ou associées aux calmants de la toux et au calcium.

Henri Krauter.

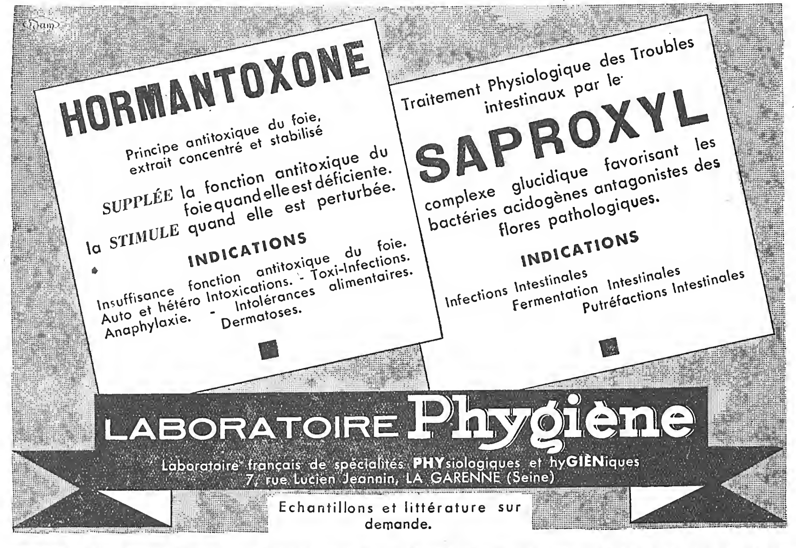
ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

J. Bing et **A. V. Neel.** ***Deux cas d'hyperglobulinémie accompagnant une atteinte du système nerveux central d'étiologie toxi-infectieuse*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 88, nos 5-6, 27 Mai 1936, p. 492-507). — C'est surtout dans le myélome et la myélomatose que l'on trouve une augmentation marquée de globulinémie, accompagnée en général d'hyperprotéinémie. Toutefois, dans les 2 cas relatés ici, on ne put trouver le moindre signe de myélome et aucun fait semblable ne semble avoir été publié jusqu'à présent.

Dans le premier, il s'agit d'une femme de 36 ans, maigre et asthénique, qui, après une angine, présenta de l'albuminurie et de la fatigue générale. Pendant son séjour à l'hôpital, se montrèrent des symptômes infectieux divers: parotidite, pleurite, arthralgies. La vitesse de sédimentation des hématies était très exagérée (121 à 168 mm. par heure); il existait de l'hyperprotéinémie avec hyperglobulinémie considérable (7,1 pour 100). Le premier diagnostic fut celui de septicémie, mais, après constatation de l'hyperprotéinémie, on chercha un myélome éventuel, mais en vain. Sortie en bonne santé apparente, la malade rentra un mois plus tard avec une nouvelle angine avec température subfébrile, céphalée violente et vomissements. 2 jours avant l'admission était apparue une parésie accentuée des 4 membres qu'un neurologiste rapporta à une thrombose de l'artère spinale antérieure plutôt qu'à une myélite aiguë voisine d'une poliomyélite. La ponction lombaire montra une réaction lymphocytaire, la présence de globuline et une augmentation des protéines totales. La radiologie ne décela pas de myélomes et l'autopsie ne montra pas de tumeurs osseuses. Microscopiquement, on notait une néphrite tubulaire et des altérations étendues du système nerveux central, prédominant au niveau de la queue de cheval, de la moelle, de la protubérance et des nerfs optiques, témoignant d'un processus toxi-infectieux.

Le second cas concerne une femme de 59 ans, atteinte de rhumatisme déformant et se plaignant depuis 6 mois d'une fatigue croissante avec amaigrissement et anachlorhydrie. Depuis un mois, elle éprouvait des fourmillements dans les doigts, mais sans paresthésies. Il existait une anémie très prononcée, sans augmentation de la valeur globulaire, de l'hyperglobulinémie (4,6 pour 100), une formol-gélification positive, et une vitesse de sédimentation très exagérée (156 mm. par heure). L'examen radiologique ne décela pas de myélomes. La mort survint par augmentation de la débilité générale 15 jours après l'entrée. L'autopsie montra une hyperplasie généralisée des ganglions lymphatiques et de la rate, mais aucun myélome. Microscopiquement, ni myélome, ni lymphosarcome, ni lymphogranulomatose, mais des altérations semblant causées par une inflammation chronique. Du côté du système nerveux central, lésions marquées de la queue de cheval et de la moelle, surtout accusées au niveau des cellules ganglionnaires, avec dégénérescence des gaines de myéline dans les racines et dans la moelle. Malheureusement la ponction lombaire ne fut pas pratiquée dans ce cas. Là aussi la nature toxi-infectieuse semble probable, à en juger par les altérations des ganglions lymphatiques.

P.-L. Marie.



HORMANTOXONE
Principe antitoxique du foie, extrait concentré et stabilisé
SUPPLÉE la fonction antitoxique du foie quand elle est déficiente.
la STIMULE quand elle est perturbée.
INDICATIONS
Insuffisance fonction antitoxique du foie.
Auto et hétéro Intoxications. - Toxi-Infections.
Anaphylaxie. - Intolérances alimentaires.
Dermatoses.
Traitement Physiologique des Troubles intestinaux par le
SAPROXYL
complexe glucidique favorisant les bactéries acidogènes antagonistes des flores pathologiques.
INDICATIONS
Infections Intestinales
Fermentation Intestinales
Putréfactions Intestinales
LABORATOIRE Phygiène
Laboratoire français de spécialités PHYsiologiques et hyGIÈNiques
7, rue Lucien Jeannin, LA GARENNE (Seine)
Echantillons et littérature sur demande.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

V. Monaldi (Rome). ***Résumé de trois ans d'études sur la cure de la tuberculose pulmonaire par la thoracoplastie antéro-latérale*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. **11**, n° 3, 1936, p. 174-186). — La thoracoplastie antéro-latérale pratiquée par M. consiste à paralyser le diaphragme par phrénicectomie ou simplement écrasement du nerf phrénique et à réséquer de petites parties des côtes en suivant une ligne oblique marquant le maximum de l'activité thoraco-diaphragmatique. La résection costale sous-périostée porte d'abord sur les côtes de la quatrième à la septième le long d'une ligne qui va presque horizontalement de la ligne mamelonnaire sur la quatrième côte à la ligne axillaire sur la septième. Dans un deuxième temps, 8 à 10 jours après, on résèque 10 cm. de la deuxième et de la troisième et on coupe totalement la première. Le traumatisme opératoire est négligeable, la réaction fébrile est de peu d'importance, cependant le poids du corps diminue, la toux, l'expectoration et la vitesse de sédimentation augmentent pendant 5 à 7 jours.

Sur les 100 premiers cas, M. compte 65 à 70 pour 100 de guérisons. Dans 10 pour 100 des cas, tout en n'ayant pas obtenu de guérison complète, l'amélioration de l'état général, la diminution de l'expectoration, la réduction des processus cavitaires, la disparition des hémoptysies ont transformé un état aigu en chronique.

La morphologie extérieure du thorax est presque complètement conservée. La fonction respiratoire est limitée en ce qui concerne la capacité vitale, en particulier le rapport de l'air complémentaire et de l'air de réserve avec des caractères et des oscillations qui ressemblent à ce qu'on voit dans un pneumothorax abandonné pour guérison. Les fonctions cardio-circulatoires sont peu modifiées.

Comme indications: 1° Les formes ayant un caractère exsudatif avec ulcérations, infiltrat précoce, lobites, broncho-pneumonies à tendance confluentes; 2° Les lésions qui peuvent anatomiquement se rétracter, isolées ou associées aux lésions exsudatives ci-dessus; 3° Les scléroses épaisses avec petites cavités et les fibro-thorax étendus renfermant de petites cavités. On peut encore ajouter: les pneumothorax partiels cliniquement inefficaces; l'empyème para-pneumothoracique.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE (Paris)

Toulant et **Sarrouy**. ***Les manifestations oculaires de la dysenterie bacillaire*** (*Archives d'Ophtalmologie*, t. **53**, n° 7, Juillet 1936, p. 523-535). — T. et S. attirent l'attention sur les localisations oculaires de la dysenterie bacillaire.

La scléro-conjonctivite dysentérique, de beaucoup la plus fréquente, est précoce, d'aspect tout à fait banal et guérit.

L'iritis est plus rare, elle est tardive, insidieuse, volontiers plastique, elle donne des synéchies.

Ils semblent admettre une origine toxique à la conjonctivite et une origine microbienne à l'iritis.

Enfin, ils signalent des localisations tout à fait exceptionnelles, ulcères cornéens, paralysie du VI.

A. CANTONNET.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

L. Feld. ***L'intradermo-réaction de S. Mutermilch et A. Grimberg avec les polysaccharides gonococciques*** (*Journal de Médecine de Paris*, t. **56**, n° 36, 10 Septembre 1936, p. 207-211). — L'intradermo-réaction de Mutermilch et Grimberg est facile à pratiquer: on injecte 2/10 de centimètre cube de la solution à 1 milligr. de polysaccharides par centimètre cube.

Chez 12 enfants, indemnes de toute contagion gonococcique, la réaction a été négative.

Par contre, elle a donné des résultats positifs chez 36 malades présentant une urétrite gonococcique contrôlée par l'examen bactériologique. Chez 2 malades, dont la blennorragie était récente (4 à 7 jours), la réaction a été négative.

Chez 39 malades présentant un écoulement sans gonocoques, ou consécutif à un écoulement gonococcique, l'intradermo-réaction a été positive 6 fois et négative 33 fois.

Sur 24 malades atteints d'affections diverses, il y a eu 8 résultats négatifs et 16 positifs. L'examen bactériologique n'a pu être effectué pour confirmer la présomption de gonococcie.

L'intradermo-réaction aux polysaccharides gonococciques semble donner en général des réponses conformes à la clinique; c'est une méthode simple et facile.

ROBERT CLÉMENT.

L'ÉCHO MEDICAL DU NORD

C. Auguste. ***Le drainage duodénal dans le traitement de l'urémie*** (*L'Echo médical du Nord*, t. **6**, n° 30, 26 Juillet 1936, p. 119-128). — Pour éliminer le plus possible les substances toxiques accumulées dans l'organisme au cours de l'urémie, A. a eu recours, après la saignée copieuse et la purgation drastique du début, au drainage prolongé du duodénum avec la sonde d'Einhorn. 11 malades atteints d'urémie confirmée ont subi ainsi de très nombreuses séances de tubage chaque matin à jeun, dès le réveil jusqu'à l'heure du déjeuner. Tous ces malades ont bénéficié, pendant quelques semaines, d'une baisse de l'azotémie, d'une amélioration notable des symptômes urémiques et notamment de la céphalée. Malheureusement l'amélioration ne se maintient pas et l'urémie ne tarde pas à reprendre son évolution progressive.

La sonde est bien tolérée par les malades, le drainage prolongé et répété du duodénum n'a exercé aucune influence appréciable sur le fonctionnement du tube digestif.

Des dosages pratiqués chez 6 sujets normaux et chez 4 urémiques à la période terminale d'une néphrite chronique et au régime fructo-végétarien sans sel ont montré que le rendement horaire du tubage duodénal atteint en moyenne, chez l'adulte, 60 à 70 cmc; ces chiffres sont largement dépassés chez les urémiques chez lesquels on obtient 125 à 250 cmc par heure.

Le taux des chlorures dans le liquide duodénal est nettement plus élevé chez les urémiques que chez des sujets normaux (6 gr. 5 à 8 gr. par litre au lieu de 4 gr. 5 à 6 gr.). Il est supérieur à la concentration des chlorures dans l'urine. Le taux de l'urée et des autres substances azotées décomposables par l'hypobromite croît dans le liquide duodénal des urémiques parallèlement aux progrès de la rétention azotée et est légèrement inférieur à celui de l'azotémie. La soustraction de près d'un litre de liquide duodénal par jour renfermant une forte proportion de substances dissoutes et notamment de 7 à 8 gr. de chlorures est donc une méthode de drainage efficace et pouvant rendre de grands services.

ROBERT CLÉMENT.

G. Carrière et **A. Verhaeghe.** ***Technique de l'injection épidurale de lipiodol dans le traitement des sciatiques lombo-sacrées*** (*L'Echo médical du Nord*, t. **6**, n° 30, 26 Juillet 1936, p. 186-197). — Les objections que l'on fait à l'emploi de l'injection épidurale de lipiodol dans le traitement des sciatiques lombo-sacrées ne doivent pas faire rejeter cette méthode.

Les difficultés d'exécution ne sont pas réelles; elles proviennent seulement d'une insuffisante précision dans la technique. L'inefficacité peut être due, dans un certain nombre de cas, à une erreur de technique; dans les autres, il faut incriminer l'insuffisance de lipiodol injecté. L'expérience clinique et les constatations radiologiques ont montré que 20 cmc de lipiodol sont une dose suffisante, mais indispensable. Cette injection massive n'est pas douloureuse lorsqu'on a la précaution de faire préalablement une anesthésie locale restreinte au point de ponction et une anesthésie épidurale un quart d'heure avant l'injection de lipiodol tiède. L'injection des 20 cmc de la solution anesthésique facilite la diffusion en hauteur et en largeur du lipiodol, qui ne peut cependant être correctement obtenue qu'avec la seringue à vis.

Malgré un nombre important d'injections épidurales de lipiodol, C. et V. n'ont pas observé les incidents signalés par d'autres auteurs. Ils considèrent la méthode comme facile, indolore et efficace.

L'anesthésie épidurale préalable donne un soulagement immédiat; dans les jours suivants, la diathermie sacro-lombaire prolonge l'amélioration et la résorption lente du lipiodol complète la guérison dans la plupart des cas.

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

M. D'Halluin. ***De la possibilité des examens radioscopiques en salle éclairée*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, t. **54**, n° 37, 13 Septembre 1936, p. 257-266). — Pour éviter la nécessité de l'obscurité complète, et pour pouvoir regarder sans difficulté ou le sujet, ou l'image radiologique, il faut que l'écran radioscopique ne reçoive aucune lumière de la source éclairant la salle et que l'émission lumineuse de l'écran arrive sans affaiblissement appréciable à l'œil de l'observateur.

On emploie, pour l'éclairage de la salle, la lumière produite par les vapeurs du sodium. Cette source lumineuse monochromatique est la plus économique et la plus facile à utiliser. Le sodium donne une lumière monochromatique facilitant particulièrement la vision, puisque ses raies principales d'émission sont situées dans le jaune et que la sensibilité rétinienne est maxima pour les radiations de cette qualité. A intensité égale, la lampe à vapeurs de sodium produit le même éblouissement que la lampe à incandescence, mais pour obtenir une même acuité visuelle, il faut avec la lumière jaune une source dont l'intensité est environ 90 pour 100 plus faible qu'avec la lumière blanche. Un des inconvénients de la lampe au sodium est le temps nécessaire à l'allumage.

Il faut, en outre, placer devant l'écran un filtre qui arrête aussi complètement que possible les radiations émises par la source lumineuse, tout en laissant passer la lumière émise par l'écran. Le

filtre actuellement employé est obtenu en ajoutant un peu de néodyme à la matière servant à constituer les glaces au plomb, qui double les écrans radioscopiques. Le verre au néodyme modifie la tonalité des images et augmente les contrastes; tout se passe comme si on avait un rayonnement plus mou.

On obtient des résultats encore plus satisfaisants en utilisant la lampe au sodium en éclairage indirect ou en la recouvrant d'un globe diffusant ou en séparant le statif de radioscopie du reste de la salle par une tenture.

Les avantages des examens radiologiques en salle éclairée sont grands. Mais il faut savoir qu'on opère malgré tout avec une lumière discrète. De plus, il est nécessaire de prendre des mesures pour que les yeux restent dans un état d'adaptation physiologique favorable à l'examen d'images discrètes. On pourrait augmenter le débit de l'ampoule génératrice de rayons X pour obtenir une meilleure visibilité, mais ce ne serait pas sans inconvénient pour le patient ou pour les opérateurs en cas d'examens prolongés ou répétés.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

A. Cade et **M. Milhaud.** ***Etat actuel de la radiologie de la tuberculose intestinale*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **17**, n° 399, 20 Août 1936, p. 535-546). — Les renseignements fournis par la radiologie dans la tuberculose intestinale sont précieux: ils affirment l'existence de lésions et leur siège; par contre, ils n'en révèlent pas la cause. Cependant certains complexes radiologiques sont particulièrement évocateurs. Vouloir obtenir un diagnostic par la radiologie seule c'est courir le risque d'erreurs fréquentes, les symptômes radiologiques doivent être confrontés avec ceux de la clinique.

L'examen classique: remplissage avec distension de l'intestin par voie haute et par voie basse, donne fréquemment des résultats exacts et suffisants. Il peut être défaillant ou incomplet et laisser échapper des lésions discrètes, mais il est relativement simple et ne nécessite pas un appareillage compliqué.

L'exploration du gros intestin en couches minces se recommande par sa finesse et les renseignements plus complets qu'il apporte sur la muqueuse, les ulcérations et l'étendue des lésions. Pas plus que par la méthode classique, aucun des signes n'est pathognomonique, cependant la localisation prédominante des aspects anormaux sur le cæcum ascendant a une valeur de présomption. C'est une méthode longue, difficile, de réalisation technique délicate et qui ne peut produire tous ses résultats que si elle est mise en œuvre par un radiologue rompu à la méthode et pourvu d'un outillage perfectionné.

Dans l'état technique actuel, la méthode classique d'exploration radiologique est très souvent suffisante. Il convient de ne faire appel à l'exploration en couches minces que lorsque les résultats de l'examen habituel ne paraissent pas satisfaisants au regard de la clinique.

Robert Clément.

Ch. Garin et **P. Bernay.** ***La ptose gastrique vraie*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. **17**, n° 399, 20 Août 1936, p. 549-552). — La ptose gastrique vraie est celle où l'abaissement de l'estomac est lié à la perte des connections avec le diaphragme gauche. Elle est très rare, n'a pas d'histoire clinique, pas plus d'ailleurs que les pseudo-ptoses souvent incriminées à tort.

Deux observations de ptose vraie ou complète, chez un jeune homme de 17 ans et une femme de 46 ans, montrent que ces sujets ne présentent radiologiquement ni dilatation, ni troubles évacuateurs et l'on trouve, à leurs troubles de l'estomac, une explication indiscutablement extra-gastrique.

Le diagnostic de ptose est le plus souvent un diagnostic de paresse. Un examen plus complet permettrait de rattacher à leur véritable cause les troubles observés.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

Aufrère et **Mathieu.** ***L'infiltration du sympathique lombaire dans le traitement immédiat des phlébites post-opératoires*** (*Lyon Médical*, t. **158**, n° 33, 16 Août 1936, p. 169-177). — Dans quatre cas de phlébite observés au cours d'une année, on a pratiqué l'infiltration anesthésique de la chaîne sympathique lombaire avec 30 cmc d'une solution de novocaïne à 1 pour 100. Cette opération a été répétée une ou deux fois.

On observe la sédation de la douleur dans les heures qui suivent, parfois presque immédiatement, il ne persiste qu'une pesanteur diffuse de tout le membre, puis c'est la rétrocession de l'œdème, beaucoup moins rapide; parfois la première infiltration ne paraît pas avoir d'action, on peut même noter le lendemain une légère augmentation, mais à la deuxième ou à la troisième épreuve, l'œdème diminue progressivement. Cette thérapeutique raccourcit la durée de l'évolution de la phlébite. Dès que le malade se lève on n'observe pas ces œdèmes désespérants, ces raideurs articulaires et ces douleurs tenaces qui prolongent l'infirmité due à la phlébite.

La mobilisation nécessaire à la pratique des injections ne saurait être taxée de dangereuse pas plus que la vaso-dilatation active que déclenche l'infiltration. Il ne faut tenter la mobilisation précoce qu'après la disparition de tous les signes cliniques et encore avec prudence.

Ce traitement semble tenir des promesses que les initiateurs lui ont accordées. Il modifie dans un sens favorable l'évolution des phlébites post-opératoires.

Robert Clément.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

R. Michel (Louvain). ***L'injection intraveineuse de glycocolle comme test hépatique*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **8**, n° 3, Mars 1936, p. 161-168). — Dans l'étude de la valeur fonctionnelle du foie, on a parfois recours à des épreuves métaboliques. On a examiné ici la possibilité d'utiliser les variations du métabolisme des acides aminés pour découvrir les lésions hépatiques, et on a comparé les résultats obtenus par l'épreuve de la bilirubine, chez le même animal.

Chez le même lapin, on a injecté successivement 1 gr. de glycocolle dans 5 cmc de solution de Ringer par kilogramme d'animal et 15 milligr. de bilirubine dans 8 cmc d'eau alcalinisée. Trois échantillons de sang ont été prélevés, l'un avant l'injection, les autres 10 minutes et 1 heure après.

Chez 3 lapins dont le foie était anatomiquement normal, le sang contenait, 1 heure après, de 31 à 34 milligr. d'acides aminés. Chez tous les autres présentant microscopiquement des lésions hépatiques, le sang contient davantage d'acides aminés, entre 38 et 52 milligr. par 100 cmc. On peut donc construire ainsi une courbe d'élimination des acides aminés qui est retardée lorsque le foie est altéré.

M. en conclut que l'injection de glycocolle peut servir d'épreuve fonctionnelle hépatique. Il n'y a pas de parallélisme entre les résultats obtenus par l'épreuve au glycocolle et celle à la bilirubine. Dans certains cas, alors que l'élimination de la bilirubine est presque normale, il y a rétention du glycocolle.

Robert Clément.

REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIA (Buenos-Aires)

A. S. Segura. ***Enregistrement et interprétation de l'activité cardio-vasculaire chez le nourrisson normal*** (*Revista Argentina de Cardiologia*, an. **3**, n° **1**, Mars-Avril 1936, p. 3). — Chez la plupart des nourrissons l'enregistrement des bruits cardiaques montre 3 bruits par révolution, le troisième bruit étant un bruit auriculaire. Ce bruit est net dans 38 pour 100 des cas observés par S.; il se produit avant la systole ventriculaire et commence 0,06 ± 0,001 de seconde; il dure 0,057 de seconde. Sa fréquence oscille dans les environs de 40 vibrations par seconde (T.M. = 39 ± 0,68). Il est le moins intense de tous les bruits. Le premier bruit qui est très intense s'observe dans la région myocardiaque et oscille entre 0,064 et 0,172 par seconde; sa fréquence vibratoire oscille autour de 40. Le deuxième bruit a une fréquence vibratoire de 40 et dure entre 0,045 et 0,164 de seconde.

Il n'y a pas de dédoublement des bruits tout comme dans le troisième bruit physiologique. La durée des deux silences est généralement égale; elle ne serait jamais supérieure à 1/5 pour la durée du silence le plus long.

V. Aubertot.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Hans Reichel. ***Lymphopénie dans l'urémie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 26, 27 Juin 1936, p. 926-928). — La diminution absolue des lymphocytes est une constatation rare, surtout faite dans les affections généralisées de l'appareil lymphatique: lymphosarcome,. lymphogranulome à marche rapide et, exceptionnellement, granulome tuberculeux. On a également décrit un cas d'alymphocytose à la suite de sténose du grêle ainsi que de lymphopénie dans l'occlusion des voies lymphatiques excrétrices, dans l'agranulocytose, dans la tuberculose miliaire, dans la chlorose, etc. Chez un malade atteint d'urémie d'origine saturnine, R. a constaté une réduction frappante du nombre absolu des lymphocytes qui atteignaient le chiffre de 400 sur 3.500 leucocytes. A la suite de cette observation, il rechercha systématiquement la lymphopénie dans le cas d'urémie azotémique vraie.

Ce phénomène a été observé dans 10 cas de reins scléreux secondaires (100 à 1.700 lymphocytes), dans 5 cas de néphrosclérose maligne et dans 4 cas de reins scléreux pyélonéphrétiques, ainsi que dans 1 cas de néphrolithiase avec anurie réflexe.

D'une façon générale, cette lymphopénie doit être considérée comme comportant un pronostic tout à fait mauvais. Seul un de ces patients survécut 9 mois. Tous les autres sont morts beaucoup plus rapidement. Chez ces malades, une injection sous-cutanée d'adrénaline augmente les lymphocytes du sang et leur fait parfois dépasser les proportions normales. Pour arriver à établir l'existence de cette lymphopénie absolue, il faut procéder à une numération différentielle correcte. A ce sujet, R. note que si, sur 10.000 leucocytes par millimètre cube, il existe 2.000 lymphocytes (20 pour 100), on arrive, en comptant 100 cellules, à un degré de précision qu'on ne peut obtenir, quand il existe 20.000 leucocytes et 400 lymphocytes, qu'en procédant à la numération de 1.000 cellules. On s'expose donc à des erreurs graves en se bornant, comme il est fréquent, à faire le compte de 200 cellules.

La leucocytose est également un symptôme qui, en cas d'urémie, comporte un pronostic sévère. Elle a été parfois attribuée à des complications infectieuses. Mais R. a pu constater dans quelques autopsies l'absence de processus inflammatoire malgré la leucocytose qui avait précédé la mort.

L'hémogramme blanc de l'urémie est caractérisé par une proportion d'éosinophiles normale ou à la limite supérieure de la normale, absence d'augmentation des leucocytes à noyau en bâtonnet, une hypersegmentation des polynucléaires, une proportion normale de monocytes, cellules qui présentent parfois une forte segmentation. Chez les urémiques, l'anéosinophilie constitue souvent le seul signe clinique d'un foyer de bronchopneumonie.

Dans l'azotémie chloroprive, la lymphopénie paraît également être la règle et avoir une valeur importante au point de vue du diagnostic différentiel. Il serait possible également que la lymphopénie observée dans les aleucies sévères soit due à la rétention de substances généralement éliminées par les reins.

En somme, la lymphopénie peut être utile au point de vue du diagnostic pour éliminer des formes sévères d'anémie pernicieuse.

De plus, dans le sang urémique, on trouve souvent des macrocytes atteignant parfois, 13 µ tandis que l'index colorimétrique dépasse rarement 1.

P.-E. Morhardt.

Andreas Margitay-Becht et **Paul Gömöri**. ***Les échanges calciques et phosphorés dans l'ostéomalacie et leurs modifications après administration de vitamine D*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 26, 27 Juin 1936, p. 939-941). — On considère aujourd'hui le rachitisme vrai, le rachitisme tardif et l'ostéomalacie comme une seule et même maladie. Il y avait donc intérêt à voir si la vitamine D, qui donne des résultats si nets dans le rachitisme, a les mêmes effets dans l'ostéomalacie. Jusqu'ici, en effet, les recherches relatives à l'action de la vitamine D sur le métabolisme de l'ostéomalacie sont peu nombreuses et contradictoires.

M.-B. et G. ont donc repris ces investigations à propos d'une femme de 30 ans qui a eu un accouchement en 1930. Pendant la deuxième partie de la grossesse, elle a commencé à souffrir dans la région du sacrum et des hanches, douleurs qui se sont progressivement accentuées, au point qu'en 1932, elle n'a pour ainsi dire plus marché et qu'en 1933, elle a commencé à présenter des accès de tétanie. Elle entre alors à l'hôpital pour ce symptôme qui se complique de phénomènes de décompensation cardiaque. L'examen confirme l'existence de tétanie, d'une minceur anormale des os du crâne, d'une décalcification du squelette et de cals de fractures. La sensibilité à l'adrénaline (0,01 milligr.) en injections intraveineuses atteint la limite inférieure de la normale. En 1935, la malade revient à l'hôpital, ses douleurs se sont aggravées et on constate l'existence de bacilles de Koch dans les crachats. On trouve dans le sérum 1,8 milligr. de phosphore et 8,6 milligr. de calcium pour 100 gr. Au cours de ses deux premiers séjours à l'hôpital, le bilan du calcium et du phosphore a été calculé et a été trouvé déficitaire. Au cours d'un troisième séjour, on lui administre de petites doses d'une préparation de vitamine D (Vigantol) sans que le déficit de phosphore se réduise. Pendant ces trois séjours à l'hôpital, l'excrétion de phosphore et de calcium par l'urine s'est montrée moindre que normalement. Au cours d'un quatrième séjour, par contre, les doses de vitamine ayant été fortement augmentées (C gouttes par jour de Vigantol), on constata une fixation du calcium (2 gr. 63 par jour) et du phosphore (1 gr. 50 par jour).

Il arrive que des auteurs signalent, en cas d'ostéomalacie, des bilans positifs pour le calcium et pour le phosphore. Mais d'après M.-B. et G. des constatations de ce genre sont vraisemblablement dues à ce que les périodes, pendant lesquelles le bilan a été dressé, étaient trop courtes. En effet, ces auteurs ont calculé chez leur malade 3 bilans de 4 jours chacun, dont l'un a donné un résultat positif bien que le total général des trois bilans ait été négatif.

En même temps que les bilans devenaient positifs, l'état de la malade s'est considérablement amélioré. De plus, le phosphore du sérum a varié de 4 milligr. 8 à 5 milligr. 7 et celui du calcium de 10 milligr. 8 à 12 milligr. 4 pour 100 gr., tandis que les bacilles disparaissaient.

P.-E. Morhardt.

A. Schretzenmayr et **H. Bröcheler**. ***La respiration de la moelle osseuse humaine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 28, 11 Juillet 1936, p. 998-999). — Pour étudier les fonctions de la moelle osseuse rouge, on a eu recours à la numération des érythrocytes du sang à granulations vitales ainsi qu'à la détermination de la consommation d'oxygène des globules rouges. Mais il est préférable de s'adresser à une méthode directe, maintenant qu'on dispose de la ponction sternale. Effectivement les caractères morphologiques ou tinctoriaux peuvent donner des renseignements. Cependant les propriétés vitales des cellules de la moelle osseuse et notamment les quantités d'oxygène qu'elles consomment constituent un caractère très important. C'est à cette méthode que S. et B. ont eu recours en soumettant 1/2 à 1 cmc de produit recueilli par ponction sternale à la respiration artificielle dans un appareil de Warburg. Il a été ainsi constaté que normalement la respiration de la moelle osseuse est une grandeur extraordinairement constante, alors que dans les cas pathologiques ses variations sont très considérables. De plus, la respiration de l'appareil érythroblastique est très importante par rapport à celle des autres groupes cellulaires, fait qui imprime un caractère tout à fait significatif aux résultats obtenus.

Il a été étudié jusqu'ici les résultats de 40 ponctions. Chez les sujets sains, la respiration de la moelle est de 18 cmc de O^2 par heure, les chiffres extrêmes étant de 12.5 et 23. Il ne semble pas y avoir de différence importante à cet égard entre 18 et 60 ans. Mais chez les enfants, les chiffres seraient un peu plus élevés.

Dans les anémies secondaires, la respiration de la moelle osseuse est fortement augmentée: les chiffres doubles ou triples de la normale ne sont pas rares et sont en général plus élevés quand il s'agit d'anémie par hémorragie que quand il s'agit d'anémie carcinomateuse. Parfois même, dans ce dernier cas, on constate une diminution de la respiration comme si la moelle était épuisée.

Dans l'anémie pernicieuse, les résultats sont également très intéressants. Au cours de la phase de régénération où la proportion des érythroblastes est augmentée, la consommation de l'oxygène est très supérieure à ce qui s'observe normalement. Par contre, dans les stades avancés de la maladie, alors qu'il y a prépondérance de mégaloblastes et diminution des érythroblastes, la consommation d'oxygène est abaissée. C'est ce qui a été démontré par l'observation d'un homme chez lequel, au stade de la mégaloblastose, la consommation d'oxygène de la moelle était de 16,2 cmc. Un traitement par le foie (Campolo) provoqua la diminution des mégaloblastes, ainsi qu'une augmentation des érythroblastes et doubla la respiration. Au stade de la rémission complète, la respiration de la moelle reprit des chiffres normaux.

Il est donc bien établi que la respiration de la moelle osseuse est déterminée par l'appareil érythroblastique, ce qui tend à confirmer les conceptions de Naegeli d'après qui les mégaloblastes et les érythroblastes sont des cellules d'origine tout à fait distincte.

Dans un cas de leucémie lymphatique où le sang contenait 400.000 lymphocytes par millimètre cube et où on ne trouvait dans la moelle que des lymphocytes et des lymphoblastes, la respiration a donné le chiffre de 15 cmc par heure. Ainsi une proportion énorme de cellules blanches nucléées n'augmente pas la consommation d'oxygène.

In vitro, il a été constaté que les extraits de foie au contact de la moelle osseuse augmentent fortement la respiration alors que le fer est sans influence.

P.-E. Morhardt.

Adolf Heinrich. ***Un phénomène pupillaire peu connu pendant l'anesthésie par inhalation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 28, 11 Juillet 1936, p. 1010). — Quand l'anesthésie par inhalation et surtout par l'éther atteint un certain degré de profondeur, la lumière, on le sait, reste sans effet sur les pupilles. Mais comme Adolf Hets l'a noté pour la première fois, à une phase qui précède celle de l'inertie pupillaire complète, on constate que si en éclairant un seul œil, le réflexe lumineux ne se produit pas, par contre ce réflexe se produit nettement si les deux yeux sont éclairés. Dès que l'anesthésie devient plus profonde, les deux pupilles cessent de réagir même sous l'influence d'un éclairage bilatéral. La phase dans laquelle l'éclairage d'un seul œil ne suffit pas pour déclancher les réflexes est assez étroite et il faut un certain entraînement pour la reconnaître.

Ce phénomène doit être interprété en admettant que l'anesthésie diminue la réactivité dans la région du noyau de Wesphal--Edinger, de sorte que, à un certain moment, ce noyau ne peut plus être excité par les excitations qui n'intéressent qu'un seul œil.

Ce phénomène survient au début de la phase de tolérance aussi bien au moment où le malade s'endort que quand il se réveille. A ce moment, il est possible de pratiquer n'importe quelle laparotomie, et il est exceptionnel qu'il faille donner davantage d'anesthésique. Il semble donc qu'en s'en tenant à la phase caractérisée par ce phénomène particulier, on réduise la consommation d'éther et, par conséquent, les dangers de la pneumonie post-opératoire à son minimum.

Il faut cependant savoir que les injections de morphine et d'atropine, comme d'ailleurs la constitution du malade, peuvent dans quelques cas empêcher ce phénomène de se produire. Néanmoins, il paraît intéressant dans toute anesthésie de le rechercher et de l'utiliser comme guide.

P.-E. Morhardt.

Josef Lendvai. ***Les effets du rouge Congo dans l'anémie pernicieuse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 29, 18 Juillet 1936, p. 1034-1036). — Malgré les résultats obtenus par l'hépatothérapie dans l'anémie pernicieuse, on n'a pas cessé de rechercher des médicaments également capables d'agir favorablement dans cette maladie. C'est ainsi que M. Massa et G. Zolezzi ont procédé, en 1933, à des tentatives avec le rouge Congo. Sur 17 personnes atteintes d'anémie pernicieuse et traitées, par ces auteurs, avec ce médicament, il serait survenu 11 rémissions complètes et 3 améliorations. Dans ces divers cas, il avait été constaté une crise réticulocytaire, mais des examens de la moelle n'ont pas été pratiqués. L. a repris ces recherches. Il fait remarquer, à ce propos, que le rouge Congo est un colorant à grosses molécules chargées négativement, et capables d'augmenter le nombre des thrombocytes et d'accélérer la coagulation du sang. Ce corps a été administré en solution à 0,5 pour 100 dans une solution salée à 0,25 pour 100. Les doses ont été de 10 cmc administrées par injections intraveineuses tous les jours pendant 6 jours, après quoi le médicament était cessé pendant 2 jours. En même temps, on a fait prendre de la pepsine et de l'acide chlorhydrique.

Ce traitement, pratiqué chez 12 malades atteints d'anémie pernicieuse, n'a déterminé dans aucun cas d'élévation appréciable du nombre des érythrocytes. Dans 4 cas, l'état s'est aggravé et il a fallu rapidement recourir aux extraits hépatiques. Dans

9 cas, le taux des réticulocytes n'a pas été modifié; dans 3 cas, il a présenté de légères variations et, dans 2 cas, il s'est élevé à 8 pour 100. Ni l'hémogramme rouge, ni l'hémogramme blanc n'ont présenté de modifications appréciables et la ponction sternale n'a pas non plus montré que la moelle présente des modifications intéressantes.

Enfin, chez le rat, il n'a pas été possible de déterminer, avec le rouge Congo, de crise réticulocytaire.

Ainsi, ce médicament a des effets qui sont inférieurs non seulement à ceux du foie, mais encore à ceux de l'arsenic.

P.-E. Morhardt.

Georg Oskar Harnapp. ***Traitement du rachitisme par une administration unique de vitamine D_2*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 29, 18 Juillet 1936, p. 1043). — Avec une préparation dérivée de l'ergostérine par traitement photochimique (A.T. 10a), on a obtenu des résultats non seulement sur la spasmophilie, mais aussi sur le rachitisme. Ce dernier résultat doit être attribué à ce que cette préparation contient de la vitamine D en quantité assez importante pour que la dose administrée en une seule fois ait suffi pour guérir le rachitisme. Or, une méthode qui permettrait de guérir ainsi le rachitisme d'un seul coup aurait un intérêt d'hygiène sociale fort important. C'est ce qui a amené H. à essayer cette méthode qui, étant donné que l'organisme rachitique présente une tolérance très élevée à l'égard de la vitamine D, doit être considérée comme sans danger. H. a donc traité ainsi 10 enfants rachitiques qui pouvaient être surveillés pendant un temps suffisant et dont 7 présentaient en même temps de la spasmophilie manifeste ou latente. On a recours pour ce traitement à une préparation de vitamine D_2 contenant 15 milligr. par centimètre cube, soit 50 fois plus que celle du commerce et, dans 2 cas, un autre produit 140 fois plus riche que ceux du commerce.

Le résultat fut qu'on n'observa aucun trouble attribuable à un excès de vitamine D_2. Il fut constaté de plus, que des doses de 12 à 15 milligr. suffisent pour obtenir une guérison complète du rachitisme, tandis que la dose de 7,5 milligr. s'est montrée insuffisante. Avec une dose suffisante, les symptômes d'amélioration se sont manifestés cliniquement par les rayons X et par l'analyse du sang entre le 5e et le 8e jour. Chez 2 enfants suivis respectivement pendant 80 et 140 jours, on a pu constater que les effets de ces doses de vitamine persistent longtemps.

Cette méthode des fortes doses de vitamine D, administrées en une fois, ne semble pas actuellement devoir être appliquée à des enfants non rachitiques, ni dans la clientèle ordinaire, mais seulement à des rachitiques soignés à l'hôpital pendant un temps suffisamment prolongé.

P.-E. Morhardt.

Theodor Grüneberg. ***Action du pouvoir dépigmentant de l'extrait des écorces de surrénales*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 30, 25 Juillet 1936, p. 1060-1062). — On a admis que la vitamine C intervient pour la régularisation de la production, par les surrénales du mélanogène et de l'adrénaline. On s'est également demandé si l'écorce des surrénales ne joue pas un rôle hormonal dans la production des pigments. Il semble qu'en tout cas cette vitamine n'agit sur la pigmentation que si les fonctions des surrénales sont troublées. Les effets obtenus par Morawitz au moyen de cortico-surrénales desséchées, sur la pigmentation des addisoniens, doivent être interprétés de cette façon.

Dans les troubles de la pigmentation, les éphélides, le lentigo, etc., le traitement par l'écorce des surrénales aurait eu des effets favorables, suivant les auteurs. Le traitement du psoriasis, pratiqué par Winklers, avec une préparation de cortico-surrénale, aurait nettement dépigmenté. Il semble, d'ailleurs, que les éléments du psoriasis disparaissent plus rapidement quand la peau est très pigmentée ou dans les races de couleur.

D'après G., dans cette affection, l'administration de cortico-surrénales ne dépigmente pas, mais au contraire semble préparer les conditions nécessaires pour qu'à la place de lésion surviennent des plages blanches comme il s'en observe en cas de guérison d'éléments psoriasiques récents.

On sait de plus que l'administration de folliculine à des cobayes castrés mâles provoque une augmentation des mamelles et une exagération de la pigmentation de la région mamillaire. Il s'agirait d'un phénomène analogue au chloasma de la gestation. Des expériences, pratiquées chez 26 animaux avec une préparation de folliculine, ont permis de constater qu'un extrait de cortico-surrénale ne diminue ni n'augmente la pigmentation ainsi provoquée par la folliculine. Il y a donc lieu d'admettre que la cortico-surrénale n'a aucun effet sur le « système mélanogène-dopa-oxydase-mélanine ».

Quoi qu'il en soit, les effets obtenus avec la cortico-surrénale dans la mélanose de la maladie d'Addison ne peuvent être attribués à la vitamine C qui n'est contenue que d'une façon exceptionnelle et à très petite dose dans cette préparation. Dans un cas observé par W., d'addisonisme accompagné de psoriasis très sévère, l'extrait de cortico-surrénale a très nettement atténué la pigmentation sans cependant contenir autre chose que des traces de vitamine C.

P.-E. Morhardt.

Alfred Tillich. ***La question de l'agranulocytose après le pyramidon*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 31, 1er Août 1936, p. 1101-1102). — Il a été publié, à diverses reprises, des observations d'agranulocytose survenue après traitement par le pyramidon. D'une façon générale, d'ailleurs, on est cependant arrivé à admettre que cette maladie ne s'observe qu'exceptionnellement après ce médicament. T. donne à ce propos 2 observations dont la première concerne une femme de 26 ans qui entre à l'hôpital le 7 Décembre avec une température de 39° et 9.000 leucocytes par millimètre cube de sang. Elle présente des symptômes de rhumatisme et, à partir du 2e jour, on lui donne 2 gr. de pyramidon par jour. Sous cette influence, la fièvre et le nombre des leucocytes se sont abaissés parallèlement, ce qui fait que ces derniers n'ont plus atteint que le chiffre de 3.500. Craignant que le pyramidon n'ait une mauvaise influence, on cessa ce médicament. Aussitôt, la fièvre remonta en même temps que les leucocytes atteignaient de nouveau le chiffre de 9.000 et que l'état général s'aggravait. Une nouvelle cure de pyramidon fit tomber la fièvre et abaissa le nombre des leucocytes à 2.400. Une nouvelle cessation du médicament fit remonter les leucocytes à 10.000. Ultérieurement, on constata chez le malade, qui alors ne prenait plus de pyramidon, que la température redevenait normale en même temps que les leucocytes retombaient à 2.400. Au début de Janvier, il y eut une nouvelle ascension de la température accompagnée de leucocytose (10.000) suivie d'une défervescence avec réduction du nombre des leucocytes (3.300). Quelques jours plus tard, nouvelle aggravation avec ascension de la température et du nombre des leucocytes. On fit prendre alors du pyramidon pendant 48 heures, ce qui de nouveau eut pour conséquence un abaissement de la température et du nombre des leucocytes. Un examen de la moelle osseuse montra que celle-ci était tout à fait normale et qu'il y avait plutôt tendance à la myélopoïèse. Par contre, on ne constata aucun signe d'agranulocytose, pas de prolifération des myéloblastes, pas de rareté des myélocytes, pas d'absence de polynucléaires et pas d'infiltration de lymphocytes ou de plasmazellen. L'épreuve intra-cutanée avec du sérum de sujet préalablement traité avec du pyramidon donna un résultat complètement négatif.

Dans une seconde observation, il s'agit d'un homme de 22 ans, qui avait une affection grippale avec température de 38°. Le jour de l'entrée, les leucocytes s'élevaient à 4.100 et, le lendemain, sans avoir pris aucun médicament, à 3.200. On administra à ce sujet 2 gr. de pyramidon par jour pour étudier les effets de ce médicament et on constata qu'après abaissement du nombre des leucocytes à 2.800, il survenait une élévation progressive qui porta le nombre de ces cellules à 5.300. Au moment où les leucocytes étaient au minimum, on ne décela rien d'anormal au niveau de la moelle.

Ainsi, dans le premier de ces 2 cas, le pyramidon n'a fait tomber les leucocytes qu'indirectement en agissant comme antipyrétique et non pas en altérant la moelle osseuse. Dans le second, le pyramidon n'empêcha pas une leucocytose normale de faire place à de la leucopénie primitive.

P.-E. Morhardt.

F. Widenbauer. ***Effets toxiques secondaires de l'acide ascorbique. Hypervitaminose C?*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 33, 15 Août 1936, p. 1158-1159). — Il a été observé par Harris et Ray, chez une série de 142 enfants auxquels il avait été administré 100 à 6.000 milligr. d'acide ascorbique, des phénomènes toxiques passagers, en relation avec une augmentation du tonus du vague. W. se demande à ce propos si on peut parler d'une hypervitaminose C. En fait, les phénomènes, constatés par les auteurs anglais, sont survenus après une dose qui est loin de correspondre à ce qui est habituellement administré.

W., de son côté, a eu l'occasion d'observer chez des nourrissons, après administration de 630 à 850 milligr. d'acide ascorbique, des symptômes divers (dermographisme, hyperémie cutanée, érythème rubéoliforme ou scarlatiniforme, augmentation de la péristaltique intestinale, voire même, dans un cas, urticaire et œdème).

Ces symptômes n'ont d'ailleurs jamais présenté de caractères de gravité, et il faut admettre qu'ils surviennent exclusivement chez des sujets particulièrement sensibles. La production d'œdème observée dans un cas a été paradoxale, parce que, d'ordinaire, chez les enfants bouffis, l'acide ascorbique augmente la diurèse et élimine les réserves d'eau. Il est possible que ces effets secondaires puissent être évités en utilisant le sel sodé de l'acide ascorbique. Il est possible aussi que ces effets soient dus à un trouble dans la corrélation entre les vitamines, étant donné que l'administration à doses élevées d'une seule vitamine entraîne des désordres de l'équilibre existant normalement entre ces divers principes.

Chez les petits enfants et chez les écoliers, l'acide ascorbique n'a jamais déterminé de troubles de ce genre.

P.-E. Morhardt.

Georg Mittag et **Hans Otto.** ***La constatation de bacilles de la diphtérie du type mitis chez les scarlatineux*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 36, 5 Septembre 1936, p. 1261-1263). — Divers auteurs anglais ont constaté que si les types *gravis* ou *intermédiaires* donnent parfois lieu à des diphtéries sévères, par contre, dans la plupart des cas, le type *mitis* donne lieu à des infections légères. Ces types doivent d'ailleurs être considérés comme stables et incapables de passer d'une forme à l'autre.

Au cours d'une dissémination de bacilles de la diphtérie, observée par M. et O. dans un service de scarlatineux, on a constaté 45 infections. On pratiquait un frottis aussitôt après l'entrée pour rechercher les streptocoques hémolytiques et les bacilles de la diphtérie; cet examen était renouvelé tous les 3 à 5 jours. Parmi les 45 porteurs de bacilles ainsi trouvés, figurent 6 enfants de 1 à 6 ans, 35 enfants de 6 à 15 ans, et 4 adultes.

huit cas où les bacilles ont été trouvés dès l'entrée doivent être éliminés, car il s'agissait probablement de sujets porteurs de bacilles avant l'entrée.

Dans un cas, on a observé, au moment de l'apparition des bacilles dans la gorge, du coryza, du mal de tête, de la lassitude avec une température atteignant 39°6. Dans un autre cas, il y a eu des douleurs d'oreilles et, dans un 3e, tuméfaction des ganglions cervicaux et otite moyenne.

Le premier frottis positif fut observé le 9 Octobre 1935 et l'épidémie persista jusqu'en Avril 1936. Malgré l'isolement des malades, tous devinrent porteurs de bacilles sans faire de diphtérie vraie. La transmission s'est faite principalement entre la 1re et la 5e semaine. Pour déterminer le type, on a eu recours au milieu de Gundel-Tietz (sang-cystine-tellure) dans les 45 cas, il s'agissait du type *mitis*.

La constatation de ces bacilles obligea à garder 10 de ces malades plus longtemps que la scarlatine ne l'aurait exigé. Dans 7 cas, d'ailleurs, on laissa partir des malades encore porteurs du type *mitis*.

Cet ensemble de constatations montre que ce type de bacilles de la diphtérie se transmet facilement, mais, malgré plusieurs passages, conserve une virulence modérée et peut être laissé de côté tant au point de vue épidémiologique qu'au point de vue de la police sanitaire.

P.-E. Morhardt.

Willy Koch. *Perspiration et diurèse* (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 36, 5 Septembre 1936, p. 1266-1268). — La perspiration insensible joue un rôle important dans les échanges hydriques. Pour la mesurer, K. a eu recours à un procédé direct qui consiste à déterminer l'évaporation provenant d'un membre ou d'une région cutanée limitée. L'épreuve se poursuit pendant 30 minutes et on la renouvelle à plusieurs reprises, pendant 7 à 9 heures, sur des malades allongés et au repos.

La quantité de vapeur d'eau ainsi recueillie a varié de 0,3 à 1,3 gr., ce qui, pour l'ensemble de la surface du corps et par demi-heure, représente 3 à 13 gr. ou 144 à 624 gr. par 24 heures. Ces chiffres varient d'un individu à l'autre, mais sont remarquablement constants chez un même sujet. On doit cependant noter que la stase provoquée par la manchette de l'appareil diminue au début, d'une façon passagère, l'importance de la perspiration.

Sous l'influence d'un diurétique mercuriel (salyrgan), on constate, au bout d'une demi-heure, une forte diminution de la perspiration qui, au bout de 3 heures, c'est-à-dire au moment du maximum de l'excrétion rénale, atteint précisément son minimum. Chez d'autres sujets, le diurétique provoque une oscillation irrégulière de la courbe. Les sujets chez lesquels ces expériences ont été faites étaient normaux, de sorte que la diurèse provoquée par le médicament n'a jamais été très importante.

Dans un seul cas, sur 18, la perspiration a fortement augmenté et a atteint son maximum 3 heures après l'injection. A ce moment, il fut éliminé par l'ensemble du tégument 24,5 gr. d'eau en une demi-heure. D'une façon générale, la perspiration redevient normale au bout de 7 à 9 heures.

P.-E. Morhardt.

Jenö Friesz et Sari Marno. *Les effets de la prostigmine dans la myasthénie* (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 36, 5 Septembre 1936, p. 1272-1274). — Walker a été le premier, en 1934, à utiliser la prostigmine dans la myasthénie et a publié les bons résultats obtenus avec ce médicament. D'autres auteurs ont, depuis, fait des observations semblables et F. et M. ont, à leur tour, traité 4 myasthéniques par ce procédé qui a consisté à administrer aux malades 1 milligr. de prostigmine et 1/3 de milligr. d'atropine en injections sous-cutanées. Pour apprécier les résultats ainsi obtenus, F. et M. ont compté le nombre de fois que les malades pouvaient élever les bras au-dessus de la tête ou la pression qu'ils étaient capables d'exercer sur un dynamomètre.

Chez les 4 sujets, dont l'observation est donnée, F. et M. ont constaté. 5 minutes après l'injection, que la prostigmine faisait sentir ses effets, effets qui augmentaient progressivement pendant 30 minutes et persistaient pendant 2 heures pour cesser complètement au bout d'environ 6 heures. Les résultats ainsi obtenus sont très supérieurs à tout ce que donnent les autres méthodes. Les effets ont été spécialement bons en ce qui concerne les troubles de la mastication et de la déglutition, qui, du fait du médicament, disparaissaient complètement de sorte que l'alimentation redevenait possible, une fois par jour, dans des conditions tout à fait normales. A la suite de l'injection, les malades peu atteints se sentaient bien pendant toute la journée. Il n'a pas été observé d'accoutumance au médicament et l'atropine supprime les effets secondaires de la prostigmine.

A cette occasion, F. et M. ont étudié les modifications du métabolisme chez les myasthéniques. Ils ont constaté ainsi que l'acide lactique du sang qui est normal au repos augmente sous l'influence du travail (ascension de 2 étages), parfois de 100 pour 100. Dans 2 des cas observés, qui étaient particulièrement graves, l'acide lactique a continué à augmenter après cessation du travail. Au contraire, un cas léger a eu à cet égard un comportement tout à fait normal.

Le même travail, pratiqué une heure après l'injection de prostigmine, n'a par contre pas fait augmenter appréciablement l'acide lactique du sang, sauf dans un cas particulièrement sévère.

Il y a lieu d'admettre qu'en cas de myasthénie, la resynthèse du glycogène, à partir de l'acide lactique, se fait d'une façon défectueuse et plus lentement que normalement, et que cette resynthèse est favorablement influencée par la prostigmine. Chez un de ces malades, on a constaté que la chronaxie se montrait, après excitation directe du muscle, très élevée et revenait normale sous l'influence de la prostigmine.

P.-E. Morhardt.

Heinz Ferdinand. *La richesse en vitamine C du lait de femme et du lait de vache au cours du printemps* (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 37, 12 Septembre 1936, p. 1311-1312). — Certains auteurs ont admis que la vitamine C commençait à augmenter dans le lait de vache un peu avant la saison du pacage, alors que d'autres auteurs pensent que c'est précisément le pacage qui contribue à provoquer cette augmentation. Pour résoudre la question ainsi posée, F. a procédé au dosage de la vitamine C dans le lait du commerce, au mois de Mars et au début d'Avril, par la méthode du bleu de méthylène de Martini et Bonsignore.

Il a ainsi constaté que le taux de la vitamine C varie de 0,58 à 1,68 milligr. pour 100 grammes avec 1,1 comme chiffre moyen. Or, en hiver, les chiffres sont plutôt plus élevés puisqu'ils varient entre 0,85 à 1,8 avec 1,3 comme chiffre moyen. Ainsi donc avant la saison du pacage, la vitamine C du lait de vache loin d'augmenter aurait plutôt tendance à diminuer. A l'occasion de ces expériences, on a constaté qu'une ébullition rapide ou une pasteurisation n'entraîne qu'une perte légère de vitamine C.

En ce qui concerne le lait de femme, les proportions constatées au même moment (Mars et Avril) ont varié de 1,26 à 5,04 avec 2,7 comme chiffre moyen, d'ailleurs très inférieur au chiffre moyen d'hiver qui est de 4 milligr. 4 pour 100 gr.

Si on admet avec Wachholder, dans l'Institut de qui ces recherches ont été faites, que la dose protectrice pour le nourrisson s'élève à 5 milligr. de vitamine C par jour en ce qui concerne l'avitaminose aiguë et 10 à 15 milligr en ce qui concerne l'hypovitaminose latente, on voit que plus d'un litre de lait de femme peut être nécessaire pour protéger le nourrisson.

Chez une nourrice dont le lait avait été analysé préalablement au point de vue vitamine C, on a constaté que la teneur du lait en acide ascorbique passait de 1 à 2 ou 3 milligr. avec une dose de 150 ou deux doses de 350 milligr. Il semble donc que l'administration de vitamine C synthétique soit capable d'exclure le danger d'avitaminose.

P.-E. Morhardt.

Martin Meister. *Tumeur thymique lympho-épithéliale et myasthénie* (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 39, 26 Septembre 1936, p. 1389-1392). — M. donne les détails de l'autopsie du sujet dont l'observation a été publiée par Ercklentz (voir l'analyse suivante). Il s'agit d'une tumeur du thymus avec métastase dans la plèvre droite et accompagnée de bronchite purulente diffuse, de pneumonie lobulaire du lobe inférieur droit, etc.

L'examen histologique de la tumeur montre l'existence de cloisons séparatrices extrêmement résistantes. Le tissu tumoral est constitué par deux espèces de cellules: les unes sont identiques à des lymphocytes et les autres relativement riches en plasma, arrondies ou allongées, avec un noyau assez gros, pauvre en chromatine. Ces dernières cellules ont une disposition réticulaire et constituent ainsi parfois des rubans presque épithéliaux. A côté de vaisseaux gorgés de sang, on trouve des thromboses récentes ou anciennes, ainsi que des hémorragies intratissulaires d'âges divers.

La musculature striée présente partout des infiltrations lymphocytaires entre les fibres. Ces infiltrations prennent parfois l'aspect d'amas folliculaire surtout dans la langue et dans le diaphragme. Les fibres sont souvent troubles et tuméfiées ou en voie de désintégration. Les noyaux des fibres sont anormalement gros.

La tumeur du médiastin correspond par son siège à une tumeur thymique. C'est ce que confirme l'examen microscopique: il s'agit du type lympho-épithélial de ces néoformations thymiques.

Dans la littérature, on trouve que la myasthénie s'accompagne de tumeur ou d'hyperplasie du thymus dans 55 pour 100 des cas d'après Curschmann, dans 50 pour 100 des cas d'après Löwenthal.

Mais il semble à M. que la fréquence des tumeurs du thymus en cas de myasthénie doit être beaucoup plus élevée et, de plus, qu'en cas de lymphoépithéliome du thymus les symptômes de myasthénie n'ont pas toujours été constatés, peut-être parce qu'ils étaient cachés par d'autres syndromes. Néanmoins, il reste des cas dans lequels le lymphoépithéliome ne s'est pas accompagné de myasthénie sans qu'on puisse encore en donner la raison.

P.-E. Morhardt.

Bernhard W. Ercklentz. *Contribution à la pathologie du thymus chez l'adulte* (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 39, 26 Septembre 1936, p. 1393-1397). — Le thymus joue un rôle important en pathologie dans la mort thymique et dans le status thymico-lymphatieus, ainsi que par les tumeurs qu'il présente parfois et qui entraînent certains troubles spéciaux. E. donne à ce sujet l'observation d'un homme de 34 ans présentant une tumeur des ganglions du hile, qui avait fait penser à diverses possibilités (métastase, lymphosarcome, enchondrome, échinocoque, etc.). Cette tumeur ne présentait d'ailleurs pas de tendance rapide à la croissance. Mais des accidents infectieux (pleurite, sinusite, bronchite, otite) survinrent et entraînèrent la mort.

Parmi les symptômes les plus caractéristiques présentés par cet homme, on avait noté des phénomènes de fatigue et d'atonie accompagnés parfois de poussée de paralysie vespérale de la langue ainsi que l'absence de résistance à l'égard de l'infection qui fut fatale.

Il s'agissait là d'un lymphoépithéliome du thymus dont le diagnostic *intra vitam* est difficile et dont E. décrit la symptomatologie. En dehors des symptômes radiographiques, on constate des signes de compression des bronches, des gros vaisseaux, des nerfs et de l'œsophage. Ces tumeurs s'accompagnent d'une absence de résistance frappante à l'égard des infections. Beaucoup de malades de ce genre sont morts de pneumonie, de pleurésie, de furonculose, etc. En outre, ils se plaignent de lassitude et de fatigue, de douleurs et de perte de force dans les bras et dans les jambes, ainsi que de troubles de la parole et de paralysies dans certains groupes musculaires.

Ces paralysies sont constatées surtout dans le domaine du bulbe et de l'œil et intéressent, par conséquent, les muscles de la mastication, de la déglutition, de la respiration, de la phonation, etc. Elles provoquent de la ptose oculaire, de la diplopie, parfois aussi des troubles de la musculature de la nuque et du tronc. Un masque de myasthénique peut finalement s'observer et les muscles primitivement affectés finissent par s'atrophier. Dans le sang on trouve un excès de magnésium et une lymphocytose modérée.

De toutes les glandes endocrines, seul le thymus paraît jouer un rôle. Mais les autopsies de myasthéniques ont jusqu'ici été assez incomplètes à ce point de vue. De sorte que le fait qu'on n'ait pas jusqu'ici plus souvent observé de tumeurs du thymus en cas de myasthénie n'a guère de signification.

Il serait par ailleurs fort intéressant s'il était possible d'arriver à diagnostiquer d'une façon précoce la tumeur du thymus, afin de prévenir par traitement aux rayons Roentgen l'augmentation de volume ou les métastases de la tumeur. Les tumeurs de cette glande sont effectivement très sensibles aux rayons X, de sorte que leur pronostic, comme de nombreux auteurs ont déjà pu le constater, est assez favorable. Cependant, dans le cas de l'auteur, la tumeur s'est montrée, au contraire, résistante. Il reste donc à savoir dans quel cas la tumeur est sensible aux irradiations et si, dans les autres cas, on peut arriver à l'extirper comme cela a déjà été fait par divers auteurs. Par ailleurs, le glycocolle (10 à 15 gr. par jour) avec de l'éphédrine (5 centigr. par jour) ou de la teinture de vératrine (VI à VIII gouttes 3 fois par jour) procure des améliorations importantes.

Au point de vue du diagnostic, on doit remarquer que les rayons Roentgen donnent, en cas de lympho-endothéliome du thymus, une image caractéristique : ombre assez épaisse située à droite ou à gauche de l'ombre médiane qu'elle dépasse, « comme une taupinière dépasse la surface du sol ». Le diagnostic différentiel peut être difficile car des abcès paravertébraux ossifiés, des gommes intratrachéales, des lymphogranulomes, des anévrismes, des épanchements peuvent donner des ombres semblables.

P.-E. Morhardt.

Herbert Albers. ***Sécrétion d'acide chlorhydrique gastrique chez les diabétiques insulinés*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 39, 26 Septembre 1936, p. 1397-1403). — L'acide chlorhydrique de l'estomac après insuline a été dosé jusqu'ici aussi bien chez les sujets sains que chez les diabétiques et, d'une façon générale, on a constaté chez les premiers que l'insuline augmente passagèrement l'acide gastrique. Il ne s'agit là cependant que d'examens pratiqués une seule fois. A. a repris ces recherches chez les diabétiques de la clinique de Umber, en pratiquant plusieurs examens successifs. Dans, la plupart des cas il survient une diminution nette de l'acide chlorhydrique qui après administration d'insuline, pendant 2 jours, s'accentue encore pendant les 10 à 12 jours suivants. Dans certains cas cependant on constate, tout d'abord, une augmentation, puis ultérieurement, un abaissement de l'acidité.

Au total, sur 45 diabétiques, 43 ont présenté, après insulinisation assez prolongée, un abaissement de l'acide chlorhydrique libre. Cependant, chez quelques-uns de ces sujets, un « coup » d'insuline en injection intramusculaire a pu déterminer une augmentation tout à fait passagère de l'acidité. Il en est de même chez les sujets sains, mais à un degré beaucoup plus marqué que chez les diabétiques. Il est vraisemblable que l'injection de l'insuline vide presque les glandes gastriques qui, au bout d'une quinzaine de jours, pendant lesquels on a procédé à 2 ou 3 injections quotidiennes d'insuline, se trouvent par conséquent complètement épuisées. C'est l'inverse de ce que l'on observe avec le bicarbonate de soude *per os* qui augmente la sécrétion chlorhydrique.

Au cours des recherches faites sur ces 45 diabétiques il a été constaté 11 cas d'anacidité complète réfractaire à l'histamine comme à l'insuline. Sur ces 11 sujets, 2 étaient anémiques; un de ces sujets présentait, en outre, de la diarrhée gastrogène.

L'achylie de ces malades paraît indépendante de la sévérité et de la durée du diabète. Il est possible d'ailleurs que chez ces malades il y ait infériorité constitutionnelle des glandes gastriques, de même qu'il y a infériorité familiale et héréditaire de l'appareil insulaire Chez un malade qui fit une crise de précoma diabétique, on constata, au cours de l'acidose, une hypochlorémie accompagnée de la disparition complète de la sécrétion chlorhydrique de l'estomac. Après la crise, l'acide libre reparut dans la sécrétion gastrique.

P.-E. Morhardt.

FOLIA MEDICA
(Naples)

J. Kral et **B. Polland.** ***La diminution du volume du cœur après l'exercice*** (*Folia medica*, t. 22, n° 5, 15 Mars 1936, p. 195-201). — K. et P. ont recherché, après d'autres auteurs, quelles étaient les modifications du cœur produites par l'exercice en comparant deux radiographies tirées à une distance de 2 m., avant et aussitôt que possible après l'effort. Quinze sokols ont été examinés à l'occasion d'une compétition des plus dures comprenant 18 exercices (saut, barre, équitation, lutte, etc.., et pour terminer une course de 100 mètres); 2 ont présenté une augmentation du diamètre transversal du cœur (+1 et + 4 mm.) et 13, une diminution (—1 à —17 mm., en moyenne —6 mm.); on ne constatait chez les deux premiers aucun indice d'un fonctionnement cardiaque anormal. Sur 13 soldats ayant fait une course de 25 km., un a présenté une augmentation de 1 mm. et 12 une diminution de 10 à 28 mm., en moyenne —15 mm. Comme on l'a déjà signalé pour sa persistance, l'importance de la diminution dépend donc de la durée de l'effort ininterrompu; après un effort lent mais prolongé, le diamètre cardiaque diminue plus qu'après un effort violent mais rapide; mais il faut tenir compte aussi de l'entraînement des sujets et dans les recherches de K. et P., les sokols étaient beaucoup plus entraînés que les soldats.

Lucien Rouquès.

IL POLICLINICO [*Sezione pratica*]
(Rome)

M. Stornello. ***La duodénoculture et le pouvoir bactéricide du contenu duodénal dans les entéropathies infectieuses et parasitaires*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. **43**, n° 12, 23 Mars 1936, p. 523-530). — Les recherches de S. ont porté sur 45 malades atteints d'affections intestinales, quelques-unes fonctionnelles et non infectieuses, la plupart d'ordre microbien ou parasitaire (amibiase, lambliase); chez chaque malade, un tubage duodénal a été fait à jeun avec toutes les précautions possibles pour éviter une souillure par les germes buccaux et on a ensemencé le liquide duodénal avant et après épreuve de Meltzer-Lyon (bile A et bile B); on a également recherché le pouvoir bactéricide du liquide par la technique classique et par la méthode d'Henning-Sebastianelli qui ne s'est d'ailleurs pas montrée supérieure. Dans tous les cas, le pouvoir bactéricide du liquide duodénal pour le colibacille, le bacille typhique et l'entérocoque a été nul; si ce liquide a un pouvoir bactéricide, celui-ci n'est pas constatable *in vitro* et n'existe au plus qu'*in vivo*, au moment même où le liquide est élaboré, comme pour la salive, le lait, la lymphe péritonéale, l'urine, etc... Dans 4 cas seulement, la culture du liquide duodénal a été positive et a mis en évidence des colibacilles; les 4 cas concernaient des amibiases chroniques entéro-coliques ou coliques avec, dans deux, un syndrome appendiculaire et, dans un, une hépatite amibienne chronique; le faible pourcentage de cultures positives (33 amibiens ont été étudiés) n'est pas en faveur du rôle que font jouer beaucoup d'auteurs aux microbes associés. D'autre part, S. estime que ces résultats sont favorables à l'origine hématogène ou lymphatique de l'infection duodénale et vont à l'encontre de l'origine entérogène.

Lucien Rouquès.

T. Lucherini. ***Utilité pour le diagnostic de l'exploration radiolipiodolée endorachidienne dans certains cas de névralgie sciatique et sur le moyen pratique d'enlever du sac spinal le lipiodol injecté*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. **43**, n° 13, 30 Mars 1936, p. 575-584). — On ne discute plus l'utilité de la méthode de Sicard et Forestier et L. rapporte un nouvel exemple de fibrolipome extradural siégeant en L3-L4 qui a pu être diagnostiqué par le lipiodol, malgré une symptomatologie très fruste (sciatique double et hyperalbuminose rachidienne, sans troubles neurologiques objectifs). Toutefois, la résorption de l'huile iodée injectée est extrêmement lente et quelques observations montrent qu'une irritation méningée chronique peut être provoquée par le produit de contraste; le thorostrat étant beaucoup plus irritant pour les méninges ne peut remplacer l'huile iodée; pour éviter ces inconvénients qui restent exceptionnels, L. conseille de retirer l'huile iodée tombée au fond du sac sous-arachnoïdien; il ponctionne le sacrum avec l'aiguille-trépan électrique d'Egidi, à l'union de la ligne médiane verticale postérieure et de la ligne qui unit les deux épines iliaques postéro-supérieures; cette ponction facile et parfaitement inoffensive permet d'aborder la partie déclive du sac sous-arachnoïdien et d'aspirer l'huile iodée.

Lucien Rouquès.

D. Barbieri et **L. Pasquali.** ***Nouvelles observations sur la bactériurie avec références particulières sur les effets de la tonsillectomie*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. **43**, n° 16, 20 Avril 1936, p. 720-726). — B. et P. ont étudié 21 sujets atteints de néphrite, endocardite, polyarthrite et présentant un foyer infectieux généralement tonsillaire; dans presque tous les cas, les germes isolés des urines présentaient les mêmes caractères morphologiques et de culture que les germes isolés du foyer infectieux; dans la plupart des cas, il s'est agi d'un streptocoque non hémolytique. L'ablation des amygdales a fait disparaître dans un certain nombre de cas la bactériurie, sans que la disparition ait toujours été durable; il n'a pas été possible de déterminer les raisons de la disparition ou de la non-disparition des germes après amygdalectomie, en particulier d'après l'état du rein. Même lorsque la bactériurie a persisté, l'amygdalectomie a presque toujours amené une sensible amélioration de l'état morbide; il semble donc indiqué de procéder à cette intervention lorsque coexistent bactériurie et inflammation amygdalienne.

Lucien Rouquès.

G. Millul. *Contribution à l'étude de la lithiase sous-maxillaire* (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. 43, n° 18, 4 Mai 1936, p. 828-835). — A propos d'un cas personnel, M. passe en revue les caractères de cette lithiase, la plus fréquente de beaucoup des lithiases salivaires; au point de vue pathogénique, il admet que l'association d'un facteur inflammatoire et d'un facteur de stase est indispensable; la stase aseptique ou l'inflammation sans rétention sont insuffisantes. La symptomatologie est dominée par la tuméfaction de la glande et les crises douloureuses survenant toujours à l'occasion d'une cause de sécrétion salivaire; la palpation de la tuméfaction montre son siège glandulaire et fait couler par le canal excréteur, dont l'orifice est rouge, un mélange de salive et de pus. Il est exceptionnel que les calculs salivaires ne soient pas visibles sur les radiographies. Le diagnostic fait, l'intervention s'impose; comme il y a presque toujours des lésions glandulaires, l'ablation totale est indiquée.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA
(Turin)

P. Manzi. *L'arthrotropisme des streptocoques isolés des amygdales des sujets guéris de rhumatisme articulaire aigu* (*Minerva medica*, an 27, t. 1, n° 8, 25 Février 1936, p. 185-187). — M. a injecté à 20 cobayes, par voie veineuse, des streptocoques isolés après expression des amygdales chez 10 sujets guéris de rhumatisme articulaire aigu et cultivés suivant la méthode de Rosenow; 70 pour 100 des cobayes ont présenté une ou plusieurs arthrites suppurées, 10 pour 100 sont morts en 1 à 3 jours d'infection généralisée, 20 pour 100 n'ont pas présenté de localisation sur les articulations ou les autres organes; 20 pour 100 des cobayes qui ont présenté des manifestations articulaires ont eu au moins 4 grandes articulations atteintes (arthrotropisme vrai) ; la moyenne d'articulations prises par cobaye a été de 1,9 en comptant tous les animaux inoculés et de 2,1 en défalquant ceux qui sont morts dans les trois premiers jours. Ces moyennes sont inférieures à celles que donnent les streptocoques isolés de sujets atteints de rhumatisme articulaire en évolution, germes dont l'arthrotropisme est plus accusé; d'une manière générale, ce sont les streptocoques isolés des sujets ayant eu le rhumatisme le plus grave ou guéri depuis le moins de temps qui ont provoqué dans les expériences de M. le plus de manifestations articulaires.

Lucien Rouquès.

P. Ravenna. *La splénomégalie fibro-congestive primitive avec cirrhose hépatique et sa place parmi les syndromes de Banti. I. Contribution clinique et anatomique* (*Minerva medica*, 27e année, t. 1, n° 10, 10 Mars 1936, p. 225-234). — R. rapporte un cas de splénomégalie primitive avec cirrhose du foie qui tire un intérêt particulier de la structure fibro-congestive typique de la rate et de l'existence d'une thrombophlébite splénoportale surajoutée; de tels cas ont été exceptionnellement l'objet d'études cliniques et anatomiques approfondies.

Une femme de 33 ans, ayant depuis toujours des ecchymoses faciles et des épistaxis fréquentes, commence à souffrir en 1928, à l'âge de 28 ans, de l'hypocondre gauche; peu à peu son ventre augmente légèrement de volume, elle pâlit et se plaint d'asthénie; en 1930, apparaissent de la diarrhée et des œdèmes des membres inférieurs; l'asthénie augmente et le ventre grossit peu à peu. En 1934, elle entre à l'hôpital; son teint est brun et pâle; son ventre est gros avec une légère accentuation du réseau veineux dans les flancs; on trouve une petite ascite qui disparaîtra bientôt complètement; la rate, très dure, déborde de 10 cm. à droite l'ombilic et atteint, en bas, le pubis; le foie, de consistance un peu augmentée, déborde d'un doigt le rebord costal. L'examen du sang donne les résultats suivants: 3.900.000 globules rouges; valeur globulaire, 0,97; 1.800 globules blancs (48,5 polynucléaires neutrophiles, 5 éosinophiles, 40 lymphocytes, 6 monocytes, 0,5 promyélocyte); 45.000 plaquettes. Le signe du lacet est légèrement positif, le temps de saignement est de 5'30", le temps de coagulation nettement prolongé, le caillot irrétractile. La bilirubinémie est de 0,9 milligr. pour 100, la glycémie et la cholestérinémie un peu diminuées; il n'y a pas de pigments biliaires dans l'urine, mais de l'urobiline en forte quantité. La ponction de la rate ramène beaucoup de sang avec prédominance de polynucléaires; la ponction sternale ramène des éléments peu abondants: neutrophiles et éosinophiles, métamyélocytes et myélocytes, 30 à 35 pour 100 d'hématies nucléées à divers stades. La splénocontraction est fortement positive: en 20 minutes, le pôle supérieur, à un travers de doigt du pubis, remonte jusqu'au niveau de l'ombilic.

Pendant le séjour à l'hôpital, la malade présente des épistaxis et des gingivorragies répétées; l'apyrexie est complète; la leucopénie s'accentue (650 leucocytes par mmc) et le volume du foie diminuant, celui-ci cesse d'être palpable. Puis la fièvre apparaît; au bout de 2 jours, avec de violentes douleurs abdominales, la malade a une forte hématémèse qui entraîne une anémie aiguë; la fièvre s'atténue, mais il persiste une légère fébricule; une ascite abondante avec grosse circulation collatérale s'installe rapidement et se forme après paracentèse. La fièvre remonte avec des vomissements bilieux, de vives douleurs abdominales et la malade meurt.

L'autopsie montre les lésions macroscopiques et histologiques typiques des splénomégalies fibro-congestives; on note une pyléphlébite sclérosante circonscrite avec thrombose récente; la veine splénique est dilatée et thrombosée partiellement; quelques rameaux périphériques de la veine mésentérique sont thrombosés; il y a une cirrhose du foie; la mort a été produite par une péritonite terminale. Il s'est agi dans ce cas d'une de ces splénomégalies fibro-congestives décrites par Greppi, avec cirrhose hépatique; la thrombophlébite splénoportale, développée à l'occasion d'une légère angine, peut, de par l'histologie, être considérée comme manifestement secondaire.

Lucien Rouquès.

P. Ravenna. *La splénomégalie fibro-congestive primitive avec cirrhose hépatique et sa place parmi les syndromes de Banti. II. Systématisation nosologique* (*Minerva medica*, 27e année, t. 1, n° 11, 17 Mars 1936, p. 255-264). — Greppi a proposé une classification des splénomégalies d'après l'action de l'adrénaline: splénomégalies fibreuses se contractant peu ou pas, splénomégalies fibro-congestives ou congestivo-scléreuses se contractant modérément, splénomégalies congestives se contractant beaucoup; mais l'action de l'adrénaline est loin d'être constante et ne paraît pas pouvoir servir de base à une classification anatomique. R. propose de diviser les splénomégalies chroniques, exception faite des splénomégalies au cours des hémopathies et des splénomégalies par dépôt de lipoïdes (maladie de Gaucher, de Niemann-Pick), en deux grandes classes:

1° Les *splénomégalies primitives*, d'étiologie inconnue, où la grosse rate représente, au moins cliniquement, le phénomène primitif et fondamental; elles sont à prédominance fibreuse (maladie de Banti) ou à prédominance congestive.

2° Les *splénomégalies secondaires*, dont l'étiologie est connue; 3 groupes peuvent y être distingués: a) les *splénomégalies autonomes*, tuberculeuses, syphilitiques, paludéennes, leishmaniennes, où la splénomégalie précède l'hépatite et les lésions portales; b) les *splénomégalies coordonnées en règle avec des lésions du type cirrhotique*, alcooliques, infectieuses, toxiques, par bilharziose égyptienne ou sino-japonaise, où la splénomégalie accompagne les lésions hépatiques ou est précédée par elles; c) les *splénomégalies par stase* (thrombophlébite spléno-portale, occlusion de la veine splénique par compression). Les splénomégalies de la classe 1 et des groupes *a* et *b* de la classe 2 sont les syndromes de Banti; les splénomégalies du groupe c, indépendantes de lésions hépatiques, sont les pseudo-syndromes de Banti.

Lucien Rouquès.

P. Ravenna. *La splénomégalie fibro-congestive primitive avec cirrhose du foie et sa place parmi les syndromes de Banti. III. Problèmes de pathogénie* (*Minerva medica*, 27e année, t. 1, n° 12, 24 Mars 1936, p. 276-281). — Le processus initial des splénomégalies fibro-congestives n'est pas une sclérose; les altérations ne sont pas celles d'une sclérose vasculaire primitive et en beaucoup de points, on trouve des dilatations vasculaires, des anévrysmes plus ou moins circonscrits qui ne sont pas toujours suivis d'un épaississement du tissu conjonctif; le processus est à son début essentiellement dégénératif; une altération régressive des tissus élastique et musculaire entraîne l'affaissement de la paroi vasculaire, puis une réaction fibreuse. L'imprégnation ferrique des parois est pour Gamna le fait primitif, mais l'infiltration manque en de multiples points et n'est que la conséquence d'hématomes paravasculaires.

La congestion splénique par définition ne dépend pas d'un obstacle sur les veines du système porte; on ne peut pas admettre avec Greppi qu'elle dépend d'une atonie de l'appareil de soutien ou avec Cellina qu'elle est la conséquence d'une altération de la veine splénique ou de la veine porte qui supprime leur fonction contractile analogue à celle des artères. Pour R., le fait primordial est une altération des artérioles intraspléniques qui diminue leur tonicité et gêne leur contraction, leur faisant perdre ainsi leur rôle de régulation de l'afflux sanguin qui devient excessif.

Les hématémèses dépendent de deux facteurs parfois associés, la diathèse hémorragique, la congestion des veines gastriques; celle-ci peut être due soit à une stagnation portale, conséquence de la cirrhose, soit à un afflux excessif de sang splénique vers le foie, soit lorsqu'il y a une thrombophlébite splénique à la stagnation dans la veine liénale qui entraîne la stase dans la veine gastro-épiploïque gauche, la gastrique postérieure et la coronaire stomachique, la dilatation des veines gastriques brèves et l'inversion du courant.

La fièvre est due à une thrombophlébite ou à la résorption d'hémorragies intraspléniques; il est peu probable qu'elle dépende du passage dans la circulation de produits toxiques d'origine splénique. Quand la fièvre précède les hématémèses, c'est un argument en faveur du diagnostic de thrombo-phlébite; lorsqu'il n'y a pas de thrombose, l'hémorragie précède la fièvre qui est la conséquence de la résorption des extravasats sanguins.

L'ascite n'est pas seulement d'ordre mécanique; une altération de la crase sanguine ou des tissus doit se surajouter au facteur mécanique.

Lucien Rouquès.

P. Ravenna. *La splénomégalie fibro-congestive primitive avec cirrhose du foie et sa place parmi les syndromes de Banti. IV. Diagnostic différentiel avec la splénomégalie thrombo-phlébitique. V. Conclusions générales et résumé* (*Minerva medica*, 27e année, t. 1, n° 13, 31 Mars 1936, p. 306-308). — Il est important de distinguer les splénomégalies fibro-congestives primitives ou autonomes qui peuvent se compliquer secondairement de thrombophlébite spléno-portale des splénomégalies fibro-congestives secondaires à une thrombophlébite spléno-portale ou à une occlusion de la veine splénique; ces deux affections sont distinctes

du point de vue pathogénique et la première peut être associée à une cirrhose.

Le diagnostic de splénomégalie fibro-congestive primitive est basé sur l'existence d'une grosse rate congestive, fortement rétractile, et d'une anémie leucopénique non hémolytique avec signes d'atteinte cirrhotique du foie. L'apparition d'une complication thrombophlébitique avec fièvre, gastrorragie et ascite rend le diagnostic très difficile lorsqu'il n'y a pas de signes de cirrhose qui font toujours défaut dans les splénomégalies thrombophlébitiques. L'épreuve de la spléno-contraction adrénalinique n'a de valeur que lorsque la rétraction est très accusée. Les signes d'hypersplénisme (anémie hypoplastique, leucopénie, thrombopénie) et l'éosinophilie relative sont plutôt en faveur d'une splénomégalie fibro-congestive primitive. Mais le diagnostic clinique certain est en fait très difficile.

Lucien Rouquès.

A. Nicita. ***Syndactylie congénitale ; étude de 3 générations*** (*Minerva medica*, 27e année, t. 1, n° 15, 14 Avril 1936, p. 346-352). — La femme chez qui la malformation semble avoir fait son apparition a eu 6 enfants, 3 garçons normaux, 1 fille normale et 2 filles atteintes; l'une, la quatrième née, aurait des enfants normaux; l'autre, la cinquième née, a 5 enfants: 3 filles et 1 garçon atteints, 1 fille, la troisième, normale; 2 des filles atteintes ont 1 et 2 enfants normaux. Sur 36 membres connus de la famille, 7 sont porteurs de malformation et N. a pu en examiner 5; 2 ont une syndactylie typique au niveau de la première phalange de l'annulaire; chez 3 autres, l'aspect de syndactylie masque une ébauche d'exadactylie associée que révèlent les radiographies: un métacarpien supplémentaire s'articule en haut avec le métacarpien voisin et en bas avec une grosse phalange résultant de la fusion des phalanges des doigts unis. Comme il n'y a sans doute qu'une seule malformation héréditairement transmise, elle doit porter primitivement sur les muscles, interosseux ou lombricaux, et entraîner secondairement des modifications du squelette pouvant varier d'un sujet à l'autre.

Lucien Rouquès.

O. Maestri et **B. Cossu.** ***Action de l'insuline sur l'aminoacidémie dans le diabète sucré*** (*Minerva medica*, 27e année, t. 1, n° 17, 28 Avril 1936, p. 395-402). — Etant donnés les résultats contradictoires déjà publiés, M. et C. ont étudié les modifications de l'aminoacidémie chez 18 diabétiques à jeun après injection sous-cutanée de 14 unités d'insuline; l'aminoacidémie était dosée sur le sang total par la méthode de Folin de 30 en 30 minutes pendant 4 heures après l'injection. Chez les diabétiques, comme chez les sujets normaux, l'amino-acidémie baisse sous l'action de l'insuline, mais chez les derniers la baisse est progressive et continue tandis que chez les diabétiques la baisse est interrompue par une hausse momentanée parfois importante. La baisse de l'amino-acidémie dépend de la stimulation par l'insuline de l'activité désaminante des divers organes et tout particulièrement du foie; la hausse momentanée observée chez les diabétiques est sans doute en rapport avec un afflux des amino-acides venant des lieux de dépôt par une influence neuro-hormonale mal connue de l'insuline; les amino-acides mobilisés s'accumulent dans le sang, puis diminuent par suite de l'activité hépatique stimulée par l'insuline.

Lucien Rouquès.

G. Ferrari. ***Le pneumopéritoine dans le traitement des hémoptysies*** (*Minerva medica*, 27e année, t. 1, n° 19, 12 Mai 1936, p. 445-449). — Dans le traitement des hémoptysies, les médications coagulantes, hypotensives et vaso-constrictives ne s'adressent en général qu'aux petites hémorragies; les injections intratrachéales supposent de la part du malade une docilité qui fait souvent défaut; le pneumothorax peut être inefficace par suite d'adhérences et la détermination du côté qui saigne n'est pas toujours facile; la phrénico-exérèse n'a pas une efficacité notable et n'est pas inoffensive. Vajda ayant réussi à arrêter, en 1933, une hémoptysie rebelle par le pneumopéritoine, F. a essayé cette méthode dans 4 cas; injectant 800 à 1.000 cmc d'oxygène ou d'air filtré, il a régulièrement obtenu l'arrêt immédiat d'hémoptysies abondantes et rebelles. Le mécanisme par lequel agit le pneumopéritoine est incertain: est-ce par la limitation des mouvements du diaphragme qui diminue le traumatisme respiratoire? Est-ce une action comparable à celle des injections sous-cutanées d'oxygène dont aucune explication certaine n'a encore été fournie?

Lucien Rouquès.

V. Chini et **V. Ciancarelli.** ***Observations sur le test tonsillaire*** (*Minerva medica*, 27e année, t. 1, n° 20, 19 Mai 1936, p. 465-472). — C. et C. ont pratiqué le test tonsillaire en faisant plusieurs jours de suite des massages des amygdales (3 ou 4 en général). Après le massage des amygdales chez les sujets atteints d'amygdalites avec ou sans complications articulaires et rénales, les variations leucocytaires sont assez semblables à celles de la crise hémoclasique; elles peuvent devenir de plus en plus accentuées aux massages successifs, mais elles ne se présentent pas suivant un type uniforme d'un sujet à l'autre ou chez un même sujet d'un massage à l'autre. Un mouvement fébrile plus ou moins intense peut apparaître quelques heures après le massage, surtout lors des derniers; la réaction rénale est assez fréquente sous la forme d'une légère et transitoire albuminurie; ce n'est que chez les malades qui avaient déjà une atteinte rénale que la réaction peut devenir manifeste (albuminurie, hématurie microscopique, cylindrurie); les réactions articulaires n'apparaissent que chez les sujets qui ont déjà eu des phénomènes articulaires et ne touchent que des articulations auparavant atteintes. Les réactions consécutives au massage amygdalien et à l'amygdalectomie sont parallèles, mais les dernières souvent plus fortes. A la fin de la période des massages, on observe parfois une accentuation de la cutiréaction aux dérivés de streptocoques et une élévation du pouvoir agglutinant du sérum vis-à-vis de ces germes.

Lucien Rouquès.

L. d'Antona. ***Contribution à la clinique et à l'anatomie pathologique de la néphrose lipoïdique et de ses rapports avec la grossesse*** (*Minerva medica*, 27e année, t. 1, n° 21, 26 Mai 1936, p. 489-494). — Une femme allaitant encore 18 mois après une grossesse normale présente de la fatigue et une légère bouffissure du visage; elle cesse de nourrir et les troubles disparaissent; 3 mois après, à l'âge de 27 ans, elle commence une nouvelle grossesse; au 8e mois surviennent de l'oligurie, des œdèmes, une albuminurie notable; l'accouchement a lieu normalement à terme; la diurèse se rétablit, l'albuminurie se réduit à des traces indosables et les œdèmes deviennent presque nuls; après 6 semaines, pendant lesquelles elle allaite, elle fait une rechute; elle présente alors des œdèmes généralisés, une forte ascite; l'oligurie est importante (au-dessous de 300 cmc par 24 heures), le culot contient des cylindres granulo-épithéliaux, des cellules rénales, quelques leucocytes mais pas d'hématies; les corps biréfringents libres ou endocellulaires sont très nombreux; l'albuminurie est massive (20 gr.); la pression artérielle est normale; la protéinémie est de 31 gr. par litre avec un rapport sérine: globuline de 0,37; la cholestérinémie est aux environs de 5 gr., la chlorurémie de 5 gr. 30; l'azote non protéique non augmenté. La malade meurt rapidement de broncho-pneumonie. A l'autopsie, on trouve de gros reins blancs tuméfiés se décapsulant bien; il n'y a pas de lésions des glomérules, mais les tubes contournés et les branches ascendantes des anses de Henle ont un épithélium très dégénéré; une importante infiltration granulo-graisseuse existe au niveau des épithéliums tubulaires et dans le tissu interstitiel dont les cellules prolifèrent çà et là. Parmi les altérations des viscères, il faut signaler des lésions indiscutables du corps thyroïde.

Cette observation ne peut pas être considérée comme un cas de néphrose gravidique (épisode œdémateux antérieur, évolution vers la mort malgré l'accouchement); mais, d'une manière générale, le développement d'une néphrose au cours d'une grossesse n'est pas le fait d'une pure coïncidence; il semble acquis que la grossesse est, parmi les facteurs susceptibles de révéler une néphrose latente, un des plus actifs.

Lucien Rouquès.

MEDYCYNA
(Varsovie)

T. Jankowski. ***L'importance de la pyélographie orthostatique dans le rein mobile*** (*Medycyna*, n° 5, 7 Mars 1936, p. 125-133). — J. souligne l'intérêt de la pyélographie orthostatique dans les cas de rein mobile. L'avantage de la technique rapportée par J. consiste dans la suppression d'appareillage spécial (table urologique mobile). Grâce à cette méthode il est possible de mettre en évidence certains cas de déformations pyélo-urétérales qui s'observent dans la ptose rénale et qui échappent aux investigations en position horizontale. Ces déformations se présentent sous forme de coudure de l'uretère dans sa portion haute ou sous forme de diminution de l'angle pyélo-urétéral. La constatation de ces déformations fournit également l'explication de certaines complications de la ptose rénale, telles que les crises douloureuses intermittentes, la dilatation du bassinet et des calices, les pyélites rebelles. Parmi les autres avantages de la pyélographie orthostatique, J. souligne le contrôle rendu plus efficace du traitement conservateur par bandes orthopédiques et des résultats obtenus par diverses méthodes de néphropexie. Ce travail est illustré par de nombreuses pyélographies et appuyé par l'exposé de 6 observations.

Fribourg-Blanc.

B. Karbowski et **N. Mesz.** ***Abcès du cerveau d'origine auriculaire compliqué d'épanchement d'air spontané intracranien avec issue favorable*** (*Medycyna*, n° 7, 7 Avril 1936). — K. et M. décrivent un cas d'abcès du cerveau d'origine otitique, localisé dans le lobe temporal gauche. Après une amélioration passagère ayant suivi l'intervention chirurgicale, les signes d'aggravation s'étaient installés. La radiographie révéla l'existence d'une volumineuse poche d'air localisée dans l'espace sous-arachnoïdien. La guérison de cette complication a été spontanée.

Fribourg-Blanc.

A. Fryszman et **A. Galewski.** ***Un cas de maladie de Vaquez avec augmentation exceptionnellement élevée de l'hémoglobine et du nombre des globules rouges, compliqué de coliques néphrétiques*** (*Medycyna*, n° 9, 7 Mai 1936, p. 269). — F. et G. rapportent l'observation d'un cas de maladie bleue avec taux d'hémoglobine particulièrement élevé atteignant 185 pour 100. Le nombre des globules rouges était de 12.500.000. Le nombre des hématoblastes était diminué et le temps de coagulation prolongé. F. et G. soulignent l'étiologie inaccoutumée de la colique néphrétique due à l'hyperhémie rénale et à la tension de la capsule du rein, probablement en rapport avec les troubles du système hématopoïétique.

Fribourg-Blanc.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

Etienne Sergent (Alger). ***Action thérapeutique de l'injection sous-cutanée d'eau contre les accidents dus aux venins*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **57**, n° 2, Août 1936, p. 127-133). — A 577 souris, on a injecté une dose mortelle en deux heures, de venin de vipère à cornes. Les 174 souris témoins non traitées meurent toutes dans un délai moyen de 2 heures. Un lot de 151 souris reçoit X gouttes de sérum préparé avec le venin de serpents de l'Afrique du Nord, 39 pour 100 survivent, 56 pour 100 ont une mort retardée, 5 pour 100 meurent. Aux souris du deuxième lot, on injecte X gouttes de sérum préparé avec le venin de vipéridées d'Europe, 34 pour 100 survivent, 56 pour 100 ont une mort retardée. Aux 151 souris du dernier lot, on a injecté X gouttes d'eau salée, 16,5 pour 100 survivent. 67 pour 100 ont une mort retardée, 16,5 pour 100 meurent comme les témoins.

Des expériences analogues avec du venin de scorpion de l'Afrique du Nord ont donné des résultats à peu près semblables.

Pour savoir si l'action empêchante était due au chlorure de sodium ou à l'eau elle-même, on a répété ces expériences avec de l'eau distillée et avec des sérums de plus en plus riches en sels. Il semble que c'est la masse liquide qui agit.

Dans ces expériences dont les conditions sont sévères, puisque le sérum anti-venimeux spécifique ne sauve pas la totalité des souris ayant reçu une dose mortelle, l'injection sous-cutanée d'eau, pratiquée après l'injection de venin de vipère ou de scorpion, s'est montrée efficace dans une forte proportion des cas Si donc l'on manque de sérum spécifique pour le traitement d'hommes ou d'animaux domestiques mordus ou piqués par des animaux venimeux, il est indiqué de recourir à des injections sous-cutanées massives d'eau salée ou à défaut de sérum quelconque.

En outre, pour l'hyperimmunisation des animaux destinés à fournir les sérums thérapeutiques, il est indiqué d'employer des solutions étendues de venin.

Robert Clément.

E. Carlinfanti. ***Allergie tuberculeuse et anaphylaxie*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **57**, n° 2, Août 1936, p. 134-149). — Les réactions anaphylactiques et les réactions allergiques constituent deux types bien distincts parmi les phénomènes inflammatoires aseptiques. C. a essayé de provoquer la sensibilité du type tuberculinique en injectant du sérum de cheval dans le foyer tuberculeux. Chez les cobayes, les réactions ainsi obtenues étaient constamment du type anaphylactique chez les animaux tuberculinisés comme chez les témoins non tuberculeux.

Chez les cobayes tuberculeux sensibilisés par voie extra-focale avec du sérum de cheval, il existe un stade de sensibilité à cet antigène qui présente tous les caractères de l'allergie tuberculinique, mais ce type de sensibilité est instable, puisqu'il est aisément transformable en sensibilité du type anaphylactique commun. Il dépend d'un facteur individuel, car tous les cobayes d'un même lot ne présentent pas ce type de sensibilité.

Les réactions locales allergiques, comme les réactions anaphylactiques, ne sont pas strictement spécifiques.

Un état de désensibilisation durable n'est pas démontrable par les réactions locales ni dans l'allergie tuberculinique ni dans l'anaphylaxie. Un état d'accoutumance temporaire peut être provoqué chez les sujets allergiques par des injections répétées de tuberculine.

L'état allergique ne peut pas être transmis passivement, tandis que la réactivité anaphylactique locale, comme l'état d'anaphylaxie générale, est constamment transmissible.

Sous l'aspect de leurs manifestations locales, la plupart des différences entre l'anaphylaxie et l'allergie apparaissent moins tranchées et les limites entre les deux ordres de phénomènes moins nettes.

Robert Clément.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE INDUSTRIELLE ET SOCIALE (Paris)

Bohec. ***La fièvre estivale du Gulf-Stream*** (*Annales d'Hygiène publique, industrielle et sociale*, nouvelle série, n° 9, Septembre 1936, p. 490-524). — B. a observé dans la zone du Gulf-Steam, de Juillet à Septembre 1935, pendant les traversées de retour de New-York au Havre, une fièvre particulière, analogue aux fièvres tropicales non classées. Le début est généralement brusque : après un repas, surtout le repas du soir, en pleine nuit, le médecin est appelé au chevet d'un malade angoissé, qui souffre d'une douleur violente à l'épigastre ; des vomissements se produisent, les douleurs se calment, mais ne disparaissent pas complètement. La température s'élève de 37°5 à 38°5. L'affection évolue sous la forme d'une crise de courte durée qui se traduit, en dehors des vomissements, par de la céphalalgie, des coliques, de la diarrhée bilieuse. Certains sujets paraissent prédisposés, en particulier ceux qui présentent de l'insuffisance hépatique ou un déséquilibre vago-sympathique. D'après les statistiques de B., on observerait la fièvre du Gulf-Stream plus souvent parmi les passagers (1,2 pour 100) que chez les hommes d'équipage (0,3 pour 100), sans doute parce que ceux-ci sont plus résistants ou mieux adaptés.

C'est une affection bénigne, capricieuse, variant d'une année à l'autre, d'un voyage à l'autre, mais qui se manifeste toujours dans les mêmes conditions de lieu et de temps, avec les mêmes symptômes cliniques ; elle affecte, en été, de la mi-Juillet à la mi-Août, une allure épidémique. Les médecins des paquebots transatlantiques de la ligne New-York et de la ligne des Antilles connaissent bien ce syndrome auquel ils donnent des noms divers : fièvre climatique, fièvre synoque, fièvre inflammatoire des Antilles, ou plus simplement fièvre légère simple, embarras gastrique fébrile. A la vérité, l'affection ne se rencontre pas seulement dans la zone du Gulf-Stream, mais partout où se trouvent réunies les conditions favorables à son éclosion, aussi bien à terre qu'en mer, à bord des navires, de la mer Rouge au golfe Persique, à la mer des Caraïbes, et dans toute autre région.

C'est un syndrome sans doute très voisin du coup de chaleur et du syndrome des temps orageux de Lesage. Dans son étiologie et sa pathogénie, doivent intervenir des complexes climatiques, météorologiques et saisonniers ; il y a surtout lieu de réserver une place importante à l'action encore mal déterminée de l'état électrique de l'air. Pour l'auteur, il s'agit essentiellement d'un problème de climato-pathologie.

On évitera la fièvre du Gulf-Stream en veillant à la bonne ventilation des divers locaux du navire, en soignant le régime alimentaire qui ne doit être ni trop copieux, ni trop humide. La sobriété à ce point de vue est essentielle. On traitera la crise par la diète (thé léger, bouillon de légumes, riz, etc.), les médicaments symptomatiques, absorbants, désinfectants et calmants gastro-intestinaux, auxquels on associera les médications vago-sympathiques.

André Feil.

DIE MEDIZINISCHE WELT (Berlin)

H. Zeiss. ***Maladie de Bornholm (myalgie aiguë épidémique de Sylvest)*** [*Die medizinische Welt*, t. **10**, nos 29, 32 et 33, 18 Juillet, 8 Août et 15 Août 1936, p. 1028-1031, 1142-1146 et 1174-1176). — Depuis 1930, on a décrit une maladie particulièrement épidémique observée pour la première fois par Sylvest dans l'île de Bornholm. Depuis lors, cette affection a été notée dans beaucoup d'endroits. C'est une maladie remarquablement estivale qui apparaît en Juin et qui disparaît en Septembre. Sa courbe en Danemark évolue parallèlement à celle de la poliomyélite, des fièvres typhiques et paratyphiques, de l'ictère catarrhal et de l'impétigo contagieux.

Elle se manifeste par de la myalgie qui survient brusquement et qui s'accompagne d'état général. On songe parfois à une appendicite ou à une cholangite car la douleur est localisée dans le thorax et dans la région épigastrique et s'accompagne de hoquet et de vomissements.

La nature de cette maladie n'est pas encore connue. Sa contagiosité, en particulier, est discutée. Sa transmission par des insectes piqueurs n'a pas été démontrée, mais elle est possible.

Par ailleurs, il n'est pas impossible que cette maladie ait une relation avec la suette anglaise et la maladie du Haff. En tout cas, elle est liée à certaines localités situées près des côtes et des fleuves, aux îles, aux fiords. Elle a été observée en Bavière, en Schleswig et à Stettin. Les soldats qui font du service dans des contrées marécageuses ou qui travaillent sur l'eau sont sensibles à cette affection, qu'on a également observée dans des stations balnéaires.

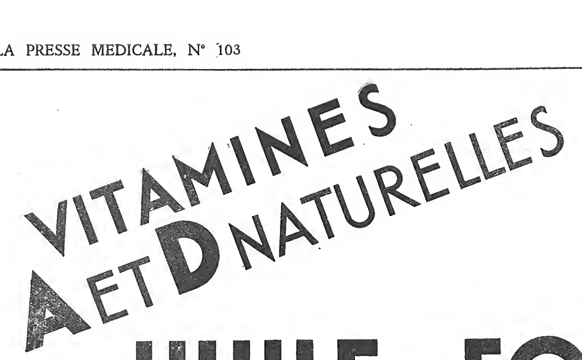
Le praticien a donc intérêt à la connaître, d'autant mieux qu'il peut contribuer à en élucider la nature et la symptomatologie.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Hasselbach. ***Vitamine C et tuberculose pulmonaire*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **75**, nos 5-6, 1936, p. 336-347). — En l'espace d'un an, H. a traité par l'acide ascorbique 70 malades atteints de tuberculose pulmonaire ; on observe, en effet, fréquemment, une carence en vitamine C variant entre 900 et 4.000 milligr. d'acide ascorbique, et d'autant plus marquée que les lésions sont plus graves. Les doses administrées le sont de préférence par voie intra-veineuse, et sont en rapport avec le taux du déficit mesuré : en moyenne on injecte 2.000 à 2.500 milligr. en 7 à 8 jours.

Les conclusions de H. sont que l'acide ascorbique peut être rangé au nombre des médicaments jouant un rôle efficace dans le traitement général de la tuberculose pulmonaire. L'indication majeure est, bien entendu, l'insuffisance en vitamine C. Mais, en outre, sont justiciables plus particulièrement du traitement, les petites hémoptysies répétées, et les formes dans lesquelles une action tonique de la vitamine C peut être espérée. L'as-



HUILE DE FOIE DE MORUE SURACTIVÉE

RHONE-POULENC

POSOLOGIE RÉDUITE

1 cc. = 2000 UNITÉS INTERNATIONALES VITAMINE A
500 UNITÉS INTERNATIONALES VITAMINE D

CROISSANCE · RACHITISME
CONVALESCENCES
RÉGIMES D'HIVER
CARIES DENTAIRES
RESISTANCE AUX INFECTIONS

ODETTE ZÉAU

SPECIA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · (8ème)

sociation de plusieurs vitamines et l'adjonction d'acide ascorbique à l'or et à la tuberculine paraissent donner de bons résultats.

Enfin H. se demande si les heureux effets de certains régimes pauvres en chlorure de sodium ne doivent pas être attribués en grande partie à la richesse de ces régimes en vitamine C.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Friedländer et **Moses**. ***Symptômes secondaires de gravidité au cours du chorio-épithéliome de l'homme*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 49, n° 22, 29 Mai 1936, p. 684-687). — F. et M. rapportent l'observation d'un homme de 36 ans, hospitalisé pour de la toux avec expectoration sanglante non bacillifère, et dans les antécédents duquel on ne retrouvait que l'apparition, 6 mois auparavant, d'une tumeur testiculaire du volume d'un haricot, ayant disparu 3 mois plus tard. L'examen montrait un certain degré de cachexie, et, fait particulier, une augmentation de volume des glandes mammaires, avec issue de colostrum par les mamelons; pas de signes stéthacoustiques pulmonaires, mais à la radioscopie, de nombreux nodules de la taille d'une noisette dans les 2 poumons. Au bout de quelques semaines apparut une tumeur abdominale à gauche de l'ombilic, des vomissements, on assista aux progrès rapides de la cachexie et le malade succomba 5 semaines après son hospitalisation. Au cours de l'évolution de l'affection, l'attention des auteurs ayant été attirée par la gynécomastie, et l'histoire de la tumeur testiculaire, ils firent pratiquer à deux reprises une réaction d'Ascheim-Zondek, qui fut chaque fois fortement positive, ce qui fit porter le diagnostic de chorio-épithéliome. L'examen anatomo-pathologique révéla les particularités suivantes: sur les coupes du testicule gauche on notait, près du *Rete testis*, plusieurs noyaux bien limités, dont les plus gros atteignaient la dimension d'une cerise, et dont l'aspect macroscopique décelait déjà la nature histologique différente: en effet, le plus gros nodule était du chorio-épithéliome typique; parmi les autres, certains étaient constitués par des cellules épithéliomateuses, certains par des cellules séminales; enfin on trouvait un kyste épidermoïde. Par contre, les métastases pulmonaires, et la métastase ganglionnaire rétropéritonéale, étaient constituées par du chorio-épithéliome pur. Enfin l'hypophyse avait subi les modifications histologiques observées au cours de la gestation.

G. Basch.

Fejgin et **Plonskier**. ***Signification clinique et biologique de la réaction de Singer (preuve biologique de la présence du principe de Castle dans le suc gastrique)*** [*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 49, n° 23, 5 Juin 1936, p. 723-725]. — F. et P. ont étudié parallèlement, chez 15 malades atteints d'affections diverses, les résultats de la réaction de Singer et les modifications du médullogramme en utilisant pour la réaction de Singer la technique suivante: l'injection du suc gastrique du malade était pratiquée à 2 rats chez lesquels avaient été faites préalablement 2 numérations des réticulocytes; une nouvelle numération était faite 4 jours après l'injection. Ils ont constaté les particularités suivantes: la présence d'une petite quantité de sang dans le suc gastrique n'influe en rien sur les résultats de la réaction; dans un cas d'anémie par maladie d'Osler où la réaction de Singer était négative (absence de principe de Castle), il y avait du sang dans le suc injecté. Dans les cas de cancers, l'augmentation du nombre des réticulocytes était beaucoup plus marquée, la réaction donc beaucoup plus fortement positive.

Enfin, dans les 3 cas où la réaction fut négative, on trouva des mégaloblastes dans la moelle osseuse, bien que la clinique n'ait pas mis en évidence de maladie de Biermer; dans ces 3 observations cliniques bien différentes (il s'agissait d'un cas d'anémie hypochrome, d'un cas d'anémie secondaire à une maladie d'Osler, et d'un cas d'anémie secondaire à une Botriocéphalose), on retrouvait le même complexe: absence du principe de Castle dans le suc gastrique et présence de mégaloblastes dans la moelle osseuse, complexe que les auteurs nomment « forme latente de la maladie de Biermer ».

G. Basch.

Lendivai. ***Un cas de syndrome de Cushing avec guérison apparente par le traitement parathyroïdien*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 49, n° 24, 12 Juin 1936). — L'observation concerne une jeune fille de 19 ans chez laquelle on observa en l'espace de 6 mois une augmentation pondérale considérable portant essentiellement sur le tronc et s'accompagnant de symptômes très divers: apparition sur la face, le dos et la poitrine de poils drus et foncés, cependant que la chevelure se raréfie; stries violacées sur l'abdomen et le thorax, constituées par de nombreuses télangiectasies, cyphose vertébrale avec douleurs irradiées; aménorrhée; élévation de la tension artérielle (21-11); polyglobulie. Les radios de la selle turcique étaient normales; celles de la colonne vertébrale montraient une décalcification considérable.

Un traitement par l'extrait thyroïdien resta sans effet; un traitement par l'extrait ovarien amena la chute des poils anormaux, mais malgré la thérapeutique, les douleurs dorsales s'accentuèrent, et la malade éprouva bientôt une impossibilité à s'asseoir ou à se tenir debout, les radios montrant alors une décalcification encore plus accusée des vertèbres, du bassin et du thorax. L'administration d'extrait parathyroïdien, associé au calcium, amena par contre en 15 jours la sédation des douleurs et ultérieurement la disparition des autres symptômes.

L'étude du bilan calcique montra que, alors que, pour un régime pauvre en Ca, l'élimination urinaire était très excessive (28 pour 100), lorsque le régime était normal, le taux du Ca urinaire tombait à 17 pour 100, et restait le même quand on adjoignait de l'extrait parathyroïdien. Quant au Ca sanguin, il était de 115 milligr. par litre avant le traitement et de 120 milligr. après le traitement.

Pour L., le seul diagnostic possible, étant donné l'association des symptômes et l'absence de grosses anomalies du Ca sanguin, était celui de syndrome de Cushing (adénome des cellules basophiles du lobe antérieur de l'hypophyse). L. discute le mode d'action de l'extrait parathyroïdien sur chacun des symptômes et l'explique par l'interréaction des systèmes endocriniens. Il estime que le cas rapporté confirme l'opinion de différents auteurs, à savoir que l'étiologie du S. de Cushing n'est pas univoque, que ce syndrome clinique peut être réalisé par des lésions anatomiques diverses et, en fait, est la résultante des modifications fonctionnelles de différentes glandes (hypophyse, surrénales, parathyroïdes, etc...).

G. Basch.

Sattler. ***Phénomènes cérébraux mortels au cours de la tuberculose pulmonaire chronique vus à la lumière des recherches récentes sur « l'inflammation séreuse »*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 49, n° 33, 14 Août 1936, p. 1015-1017). — S. attire l'attention sur des faits d'observation moins rares qu'on ne pourrait le croire: il s'agit de troubles cérébraux aigus survenant sans phase prodromique chez des malades porteurs d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse sévère et entraînant rapidement la mort; le tableau clinique se distingue nettement de celui de la méningite tuberculeuse dont manquent les signes cardinaux; on observe de la somnolence et de la prostration, quelquefois, au contraire, une excitation psychomotrice, des signes pupillaires, une extension de l'orteil, ou des paralysies parcellaires. La P. L. montre un liquide céphalo-rachidien souvent hypertendu, mais dont les caractères cytologiques et chimiques sont normaux; dans 2 cas sur 6, on a retrouvé le bacille de Koch à la culture. A l'autopsie, on trouve uniquement de l'œdème cérébral, sans lésions macroscopiques.

S. émet l'hypothèse que ces faits rentrent dans le cadre de ce que Eppinger a appelé « l'inflammation séreuse », dont des études histologiques permettraient peut-être de retrouver les lésions vasculaires décrites au niveau d'autres organes.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Kisch. ***Thérapeutique logique de la claudication intermittente et critères de son efficacité*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 49, n° 23, 5 Juin 1936, 712-715). — Le traitement en question a pour but d'élever le seuil d'apparition de la crampe douloureuse au moyen de substances dont l'action contrarie l'influx vaso-constricteur du sympathique. K., dans cet article illustré par plusieurs tableaux, affirme que l'absorption par voie sublinguale de III gouttes d'une solution alcoolique à 1 pour 100 de nitroglycérine élève passagèrement mais assez considérablement le seuil en question, et que cet effet est renforcé et prolongé par l'administration par voie intraveineuse, intramusculaire ou rectale d'une préparation à base de théophylline, l'« Euphylline ». L'administration prophylactique en temps utile de nitroglycérine et l'adjonction d' « Euphylline » permettraient donc d'éviter la crampe douloureuse, ou tout au moins de l'atténuer fortement. Mais ces substances n'agissent que dans la mesure où la circulation collatérale et la circulation capillaire intra-musculaire sont aptes, dans le territoire irrigué par l'artère malade, à subir l'action vaso-dilatatrice et à recevoir un afflux sanguin suffisant.

G. Basch.

Brünner-Orstein. ***Traitement physique des gastrites*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 49, n° 23, 5 Juin 1936, p. 716-718). — B. a étudié les modifications chimiques du suc gastrique au cours du traitement des différentes affections de l'estomac par la diathermie ou par divers autres agents physiques et constaté que dans les cas normaux ou dans les cas d'hypochlorhydrie, le taux de l'acidité s'élève considérablement; par contre, dans les cas d'hyperchlorhydrie, le traitement physiothérapique a tendance à diminuer l'acidité.

Diathermie et ondes courtes ont une action sédative très nette; pour la diathermie, les meilleurs résultats sont obtenus avec des applications de faible intensité; pour les ondes courtes, avec des ondes de 30 m. environ.

Les R.U.V. à doses érythémateuses sur les zones douloureuses abdominales et dorsales donnent également d'excellents résultats; on parvient même, à l'aide de lampe de quartz à radiations froides ou autres, à réduire la zone érythémateuse à une surface de 2 à 4 cmq, mais il importe que l'érythème soit assez accusé et observé à chaque irradiation.

Dans le cas de périgastrite adhésive avec ou sans ulcus, B. préconise la diathermie, mais, pour obtenir une action plus intense au niveau des organes profonds, conseille l'emploi de la « sonde diathermique »: il s'agit d'un ballon souple introduit vide dans l'estomac, puis rempli avec une solution saline, et relié à un pôle de l'appareil; l'autre pôle est connecté à 2 plaques couplées, dorsale et ventrale.

G. Basch.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

P. Bordet. ***Le problème des éléments filtrables du bacille tuberculeux*** (*Le Scalpel*, t. **89**, n° 30, 25 Juillet 1936, p. 937-948). — Les résultats des recherches entreprises depuis 10 ans, à l'occasion de l'étude des éléments tuberculeux filtrables, n'obligent pas à modifier sensiblement les idées classiques en matière d'hérédité tuberculeuse. Si l'hérédité de prédisposition apparaît de plus en plus importante, la transmission héréditaire du germe tuberculeux demeure, par contre, un fait exceptionnel.

Il paraît bien établi que le virus tuberculeux ne se présente pas nécessairement et exclusivement sous la forme bacillaire normale. Dans les produits pathologiques on peut voir des formes extrêmement courtes réduites parfois à de simples granulations. Mais les preuves expérimentales manquent à l'appui de la conception selon laquelle le virus tuberculeux parcourt un cycle évolutif défini.

Puisque ni l'examen microscopique, ni la culture ne peuvent la mettre en évidence, l'existence de l'ultra-virus ne peut être présumée qu'en raison du pouvoir pathogène des filtrats. Or, celui-ci est des plus inconstants. Certaines souches ne produisent jamais que des filtrats inactifs, ce qui se conçoit mal dans l'hypothèse de l'existence d'une forme filtrable représentant le stade normal de l'évolution du virus.

La rareté des éléments tuberculeux contenus dans les filtrats s'explique beaucoup mieux si l'on considère l'aptitude du virus tuberculeux à traverser les filtres comme accidentelle et non comme la propriété normale d'une forme évolutive du virus. La découverte d'éléments visibles acido-résistants dans les culots de centrifugation des filtrats étaye sérieusement cette façon de voir.

L'existence d'un ultra-virus tuberculeux n'étant pas prouvée, il convient de conserver leur caractère d'hypothèse aux conceptions relatives au rôle clinique de cet ultra-virus.

ROBERT CLÉMENT.

Parisel (Bruxelles) et **Iserbyt** (Courtrai). ***La maladie de Schlatter-Osgood*** (*Le Scalpel*, t. **89**, n° 32, 8 Août 1936, p. 1014-1029). — A côté des fractures de la tubérosité tibiale antérieure, rares d'ailleurs, il existe au cours de la seconde enfance, au niveau de l'apophyse tibiale antérieure, une affection survenant généralement sans traumatisme important et beaucoup plus fréquente.

Pour expliquer ces phénomènes, P. et I. pensent que l'on peut se rallier à la théorie dystrophique de M. Jansen, proposée pour la pathogénie de la malformation de la hanche. Une action mécanique puissante, exercée par le muscle quadriceps sur une apophyse osseuse en voie d'ossification, entraînerait les lésions. Les pressions anormales agiraient comme de petits traumatismes amenant une vaso-dilatation suivie d'ostéoporose et de mutation calcique.

Il faut abandonner le terme de « maladie de Schlatter » parce que Schlatter a décrit une fracture, ensuite parce que les affections de l'apophyse tibiale en voie d'ossification ne sont pas des maladies, mais des troubles de l'ostéogénèse. « Apophysite » ne convient pas, car ce terme évoque l'idée d'inflammation qui n'existe pas. « Apophysiolyse » est aussi inadéquat, car il implique l'idée de fracture et il n'y a pas fracture.

Par analogie avec les lésions des autres os, il faut préférer le terme d' « ostéochondrite », en général employé, ou, mieux, celui d' « ostéochondrose ».

ROBERT CLÉMENT.

LE JOURNAL DE L'HOTEL-DIEU DE MONTREAL

Oscar Mercier. ***La cystite incrustée*** (*Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, t. **5**, n° 2, 1936, p. 61-74). — 8 observations illustrent la description de la « cystite incrustée », inflammation de la vessie caractérisée par la présence de plaques calcaires adhérentes à la paroi vésicale et recouvrant des ulcérations. Elles concernent 7 femmes entre 18 et 49 ans et un homme de 43 ans.

Les symptômes sont ceux de la cystite auxquels se surajoutent, après une certaine période d'évolution de la maladie, des hématuries et l'émission de concrétions calcaires qui constitue un symptôme tout à fait caractéristique de l'affection.

A défaut de ce signe pathognomonique, le diagnostic n'est posé que par la cystoscopie qui permet de voir une ou plusieurs plaques calcaires adhérentes à la muqueuse vésicale. Leur couleur blanche est tout à fait typique. Parfois elles sont teintées de points gris et même noirs et leur surface est recouverte de particules purulentes. Leur étendue ne dépasse, en général, pas 1 cm. Elles peuvent faire saillie dans la vessie et simuler une tumeur recouverte d'une couche calcaire. On peut aussi confondre la plaque incrustée avec les autres concrétions calcaires vésicales.

Les théories étiologiques sont nombreuses. Il semble, d'une part, qu'il faille une infection vésicale produisant des ulcérations; d'autre part, une alcalinité des urines avec calciurie. Le traitement des plaques calcaires se fera par des instillations de nitrate d'argent de 2 ou 4 pour 100 et si cela ne suffit pas, par l'étincelage. La cystoscopie de drainage est nécessaire dans les formes graves. L'infection de la vessie est traitée par une désinfection locale ou par voie buccale. Enfin, il faut modifier l'alcalinité des urines par une médication interne acidifiante et par un changement de régime.

ROBERT CLÉMENT.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA
(Montréal)

J.-E. Gendreau et **A. Jutras** (Montréal). ***Les troubles digestifs secondaires aux métro-cervicites et l'influence de l'électro-coagulation du col*** (*L'Union médicale du Canada*, t. **65**, n° 9, Septembre 1936, p. 839-843). — Quand la radiologie ne montre pas une lésion organique du système digestif, mais seulement des perturbations neuromotrices, il faut songer au point de départ utérin des troubles gastro-intestinaux observés.

Ce sont presque toujours de l'atonie et de la flatulence ou la soi-disant colite spasmodique: corde douloureuse, constipation avec débâcle, glaires, muco-membranes, parfois du sang. Antispasmodiques, eupeptiques, régime n'ont souvent qu'une action symptomatique éphémère si l'épine irritative, cause initiale du dérèglement, n'est pas découverte et supprimée.

L'électrothérapie du col utérin met en lumière le rôle du museau de tanche et de l'endomètre dans l'équilibre neuro-sympathique gastro-intestinal. L'électro-coagulation est, de toutes les méthodes connues, physiothérapiques ou autres, la plus pratique et la plus efficace pour la guérison des métro-cervicites non spécifiques. Durant la première quinzaine, les modifications du tube digestif ne sont pas décisives, mais dès le troisième septénaire, les patientes accusent une rétrocession nette des troubles digestifs.

L'électrolyse, le radium, les rayons ultra-violets sont des procédés de valeur, mais ne réunissent pas les avantages pratiques de l'électro-coagulation. Celle-ci ne demande qu'un petit nombre de séances, ne détermine aucune douleur, n'exige pas l'hospitalisation et ne coûte presque rien.

ROBERT CLÉMENT.

BULLETIN MÉDICAL DE L'UNIVERSITÉ L'AURORE
(Shangaï)

N. K. Koang, Song et **Ko King.** ***Syndrome azotémique au cours de la fièvre récurrente en Chine*** (*Bulletin médical de l'Université l'Aurore*, Shangaï, n° 14, Juin 1936). — Par une recherche systématique du taux d'urée sanguine, K., S. et K. ont établi, dans 12 cas de fièvre récurrente caractérisée par la présence du spirochète, l'existence d'une azotémie qui oscille entre 0,50 et 2 gr. Cette rétention uréique qui paraît constante dans la fièvre récurrente, bénigne ou non, peut se traduire par un syndrome digestif, par un syndrome de torpeur ou, et c'est le cas le plus fréquent, par un syndrome délirant.

Le plus souvent cette azotémie ne s'est accompagnée ni d'hypertension, ni d'albuminurie, ni d'œdème. Quelquefois on a vu en même temps de l'ictère.

De ces constatations, les auteurs concluent qu'en cas de fièvre récurrente reconnue, il ne faut pas se contenter de surveiller l'état rénal par la recherche de l'albuminurie, de la cylindrurie et de l'hypertension, mais que le dosage d'urée s'impose toujours.

Si l'azotémie apparaît, il faut intensifier le traitement par les arsenicaux, celui-ci ayant donné des résultats satisfaisants, surtout avec le Novar aux doses de 0,15, 0,30, 0,45.

Les recherches intéressantes de M. Koang et de ses collaborateurs avaient eu pour point de départ l'étude de faits curieux, et alors, très difficilement compréhensibles, d'azotémie importante, sans syndrome néphrétique, à évolution parfois mortelle et apparaissant au début de la saison estivale à Shangaï. L'examen du sang ayant permis de reconnaître la présence du spirochète de la récurrente dans certains de ces cas, les auteurs pensent qu'il s'agit là de cas frustes de fièvre récurrente, interprétation qui cadre bien avec cette particularité, qu'on ne les a observés qu'à la saison même qui est celle de la fièvre récurrente. Pratiquement il faudra, en présence d'azotémies isolées de ce type, les traiter immédiatement par les arsenicaux, indépendamment de la thérapeutique symptomatique usuelle.

PH. PAGNIEZ.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

Ch. Klumpp. ***Le traitement de l'anémie pernicieuse par un concentré de foie autolysé*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 15, 11 Avril 1936, p. 1245-1248). — K. a entrepris une longue étude du pouvoir antianémique d'un extrait hépatique préparé par autolyse (autolysed liver-concentrate Squible), et sa comparaison avec les extraits de foie ordinaires.

Les résultats de son expérience sont nettement favorables à l'extrait autolysé, qui est en moyenne 50 pour 100 plus actif que l'extrait Lily préparé suivant les techniques habituelles.

R. RIVOIRE.

B. Haskell et **C. Smith.** ***L'injection sous-cutanée d'alcool dans le prurit anal*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 15, 11 Avril 1936, p. 1248-1249). — Il existe de nombreux cas de prurit anal idiopathique, qui sont absolument rebelles aux traitements habituels. Pour ces malades, il n'existe qu'une thérapeutique efficace, les injections sous-cutanées d'alcool à 70 pour 100.

Ces injections se font après anesthésie locale à la novocaïne, et on ne traite en une séance qu'un segment limité de la région anale, un rayon d'un

quart ou d'un sixième. Après 4 à 6 jours de repos, un nouveau rayon est injecté, et ainsi de suite jusqu'à infiltration de toute la région.

H. et S. ont traité par cette méthode 22 malades atteints de prurit anal rebelle: 16 ont été complètement guéris, 4 améliorés, et, dans 2 cas, il n'y eut qu'un soulagement temporaire.

R. Rivoire.

H. Armstrong. ***Une forme particulière de psychonévrose fonctionnelle apparaissant chez les pilotes d'avion*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 16, 18 Avril 1936, p. 1347-1354). — A., examinant au point de vue psychiatrique 163 pilotes d'avions, a observé chez un grand nombre d'entre eux une psychoneurose particulière, qu'il nomme « aéroneurose ». Cette affection, caractérisée par une irritabilité gnérale, des troubles gastriques, de l'insomnie, de l'hyperactivité motrice, et une dépression des centres mentaux supérieurs, se voit avec une fréquence de plus en plus grande chez les pilotes âgés: 3 pour 100 de 20 à 30 ans, 50 pour 100 de 30 à 40 ans, 57 pour 100 de 40 à 50 ans.

Dans l'étiologie de cette neurose, A. pense que jouent de nombreux facteurs: les accidents d'aviation, l'insécurité économique et sociale, la tension d'esprit perpétuelle, peut-être même des altérations du tissu nerveux.

R. Rivoire.

A. Altschul. ***Le traitement de la dysménorrhée par l'insuline*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 16, 18 Avril 1936, p. 1380-1383). — La dysménorrhée est une affection désespérante pour le médecin, car il en existe bien peu de traitements efficaces, particulièrement dans la dysménorrhée primitive. Aussi devons-nous accueilir avec intérêt les résultats rapportés par A., qui a vu disparaître les douleurs menstruelles dans 10 cas sur 12 de dysménorrhée primitive, par l'emploi de 10 unités d'insuline tous les jours, 3 à 7 jours avant et pendant les règles. Etant donné que l'insuline a une action incontestable sur l'appareil génital, car elle est un remède très efficace des ménorragies, il n'y a pas de raison *a priori* pour nier la possibilité de son action sur la dysménorrhée.

R. Rivoire.

D. Sandweiss. ***Le traitement de l'ulcère gastroduodénal par le monochlorhydrate d'histidine*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 17, 25 Avril 1936, p. 1452-1459). — S. a vérifié l'action anti-ulcéreuse de l'histidine, qui vient d'être introduite en Amérique sous le nom de « Larostidin ». Les conclusions ne diffèrent guère de celles des auteurs français, qui ont expérimenté longuement ce médicament. Dans l'ensemble, il a observé une rémission chez 55 pour 100 des malades, proportion analogue à celle notée à la suite du traitement classique par le régime et les alcalins. A son avis, l'histidine doit être réservée pour le traitement des malades qui n'ont pas été soulagés par le régime, les alcalins et les antispasmodiques: parmi ceux-ci, 50 pour 100 environ sont améliorés par l'histidine.

R. Rivoire.

S. Epstein, H. Solomon et **I. Kopp.** ***Résultats du traitement de la paralysie générale par la fièvre diathermique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 18, 2 Mai 1936, p. 1527-1533). — Dans une série de 33 cas de paralysie générale traités à l'aide de la fièvre diathermique par E., S. et K., entre 1931 et 1934, les résultats suivants ont été obtenus: 8 malades sont améliorés et ont repris leurs occupations, 7 autres ont été améliorés mais ne peuvent travailler, 4 sont morts, et 4 autres sont vivants mais non améliorés. Sur les 15 malades améliorés, la moitié ont un liquide céphalo-rachidien complètement normal.

Si l'on compare ces résultats avec ceux obtenus par la malariathérapie et par la tryparsamide, on voit que la fièvre diathermique est beaucoup moins active que ces 2 autres moyens thérapeutiques: il n'y a, en effet, que 27 pour 100 d'amélioration avec la diathermie, alors qu'il y en a 45 pour 100 avec la malaria et 42 pour 100 avec la tryparsamide. De même, 22 pour 100 seulement des malades ont un liquide céphalo-rachidien normal, alors qu'il y en a 33 pour 100 avec la malaria et la tryparsamide.

R. Rivoire.

A. Werner, D. Kelling, D. Ellersieck et **G. Johns.** ***L'action de l'extrait gonadotrope de l'hypophyse dans l'ectopie testiculaire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 18, 2 Mai 1936, p. 1541). — W., K., E. et J. ont essayé l'action sur le cryptorchisme d'un extrait hypophysaire gonadotrope standardisé, contenant 10 unités-rats par centimètre cube. La dose employée était de 1 à 2 cmc par jour. Sur les 17 jeunes gens soumis à ce traitement, l'ectopie testiculaire fut réduite en 15 jours dans 9 cas, et en 26, 29 et 33 jours pour 3 autres. Dans les 5 cas où le traitement échoua, on essaya d'augmenter la dose, sans succès.

Il semble, d'après ces résultats, que l'extrait hypophysaire soit un remède plus efficace que le prolan pour l'ectopie testiculaire. Malheureusement, il n'existe pas en France d'extrait gonadotrope standardisé, ce qui rend difficile l'utilisation de cette thérapeutique.

R. Rivoire.

W. Yater et **J. Cabrid.** ***Gangrène du pied bilatérale causée par le tartrate d'ergotamine, employé dans un cas de prurigo ictérique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 19, 9 Mai 1936, p. 1625-1631). — On sait depuis longtemps que l'ergot de seigle et le tartrate d'ergotamine peuvent déterminer des gangrènes des extrémités pas spasme artériel. L'observation rapportée ici est intéressante à cause des études artériographiques et histologiques effectuées. Il s'agit d'un sujet, souffrant de prurigo ictérique. qui avait reçu en une semaine 19 centigr. de tartrate d'ergotamine en injection. La gangrène intense qui en résulta nécessita l'amputation des deux jambes. L'examen histologique des artères révéla les lésions typiques d'ergotisme.

Cette observation contribuera à rendre encore plus prudent le médecin utilisant cette dangereuse médication.

R. Rivoire.

E. von Haam et **R. d'Aunoy.** ***L'infectivité du liquide céphalo-rachidien dans la lymphogranulomatose inguinale*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 19, 9 Mai 1936, p. 1642-1643). — La constatation de signes infectieux intenses au cours des premiers jours de la lymphogranulomatose fait penser qu'il s'agit d'une infection générale. D'autre part, la fréquence et l'intensité de la céphalée tendent à prouver qu'il y a atteinte méningée assez fréquente. Bien que la plupart des auteurs n'aient constaté qu'exceptionnellement une réaction méningée nette, avec albumine et réaction cellulaire, H. et A. ont entrepris d'inoculer à la souris le liquide céphalo-rachidien de plusieurs malades en période d'invasion, afin de dépister la présence possible du virus lymphogranulomateux. Dans 2 cas, l'injection intra-cérébrale de 1/10 de centimètre cube de liquide céphalo-rachidien détermina l'apparition de la maladie chez la souris: le cerveau broyé de ces animaux se comporta comme un antigène énergique pour la réaction de Frei. Il n'y a donc pas de doute que le liquide céphalo-rachidien est parfois injecté par le virus, tout au moins au début de la maladie.

R. Rivoire.

A. Raab et **M. Rabinowitz.** ***La glycosurie et l'hyperglycémie dans l'infarctus du myocarde*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 20, 16 Mai 1936, p. 1705-1708). — La glycosurie et l'hyperglycémie s'observent souvent pendant la période aiguë de la thrombose coronaire non précédée de diabète.

Pour essayer d'évaluer l'influence d'un diabète latent sur l'apparition de cette glycosurie et de cette hyperglycémie, R. et R. ont pratiqué une série d'épreuves d'hyperglycémie provoquée chez des malades non diabétiques atteints d'infarctus du myocarde. Tous les cas récents donnèrent une réponse anormale, alors que 67 pour 100 des cas anciens avaient une tolérance normale aux glucides. Aussi, concluent-ils que l'hypoglycémie et la glycosurie de la période aiguë de la thrombose coronaire ne sont pas en rapport avec un diabète latent.

La cause de cette anomalie du métabolisme des sucres est difficile à trouver: peut-être, s'agit-il d'une altération des centres végétatifs mésencéphaliques.

R. Rivoire.

E. Aegerter. ***Le syndrome de Waterhouse-Friderichsen ; revue de la littérature et report de deux cas*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 20, 16 Mai 1936, p. 1715-1719). — Le syndrome de Waterhouse-Friderichsen est caractérisé par un début brutal, avec malaise, agitation, troubles gastro-intestinaux ; bientôt survient une léthargie aboutissant rapidement au coma, s'accompagnant d'hyperthermie, de pouls rapide et hypotendu, de cyanose intense et d'hémorragies de type pupurique. La mort survient toujours en 16 à 24 heures. Anatomiquement, on constate l'existence d'une hémorragie surrénale massive et bilatérale, qui explique la mort rapide. Il s'agit vraisemblablement d'une forme fulminante de méningococcémie.

R. Rivoire.

J. Short et **H. Johnson.** ***L'augmentation du métabolisme dans l'obésité ; usage et abus des stimulants métaboliques*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 21, 23 Mai 1936, p. 1776-1779). — S. et J. insistent dans cet article sur un point trop souvent méconnu dans la thérapeutique de l'obésité: si l'on calcule la production calorique totale de l'organisme, et non pas le métabolisme basal, on s'aperçoit que l'obèse a un métabolisme énergétique souvent plus intense qu'un individu de même âge dont le poids est normal. Dans l'étude de la fonction thyroïdienne chez les obèses, il ne faut donc pas conclure à une insuffisance glandulaire sur la foi d'un métabolisme basal diminué. il vaut mieux calculer le métabolisme basal sur la surface corporelle standard d'après la taille du sujet, en se souvenant que le tissu adipeux n'a qu'une activité métabolique presque nulle. On s'apercevra ainsi que l'insuffisance thyroïdienne n'est qu'exceptionnellement la cause de l'obésité. L'usage très répandu de la thyroxine est donc souvent illogique.

R. Rivoire.

S. Peck, N. Rosenthal et **L. Erf.** ***La valeur de la réaction du venin de serpent dans le pronostic du purpura thrombocytopénique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 21, 23 Mai 1936, p. 1783-1791). — P., R. et E. ont décrit une intradermo-réaction au venin du serpent-mocassin, qui donnait des renseignements intéressants sur l'évolution et le pronostic des purpuras thrombocytopéniques. La technique consiste en une injection intradermique de 1/10 de centimètre cube de solution à 1/3.000 du venin de serpent: au bout d'une heure, en cas de réaction positive, on observe une suffusion sanguine ecchymotique, par rupture des capillaires. En suivant l'évolution de cette réaction, on peut apprécier la

tendance évolutive de la maladie et l'efficacité des thérapeutiques.

L'injection sous-cutanée de venin de serpent, à doses progressives, semble d'autre part donner de bons résultats dans un certain nombre de cas de purpura.

R. Rivoire.

E. Osgood et **A. Muscovitz.** ***Culture de la moelle osseuse humaine : communication préliminaire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 22, 30 Mai 1936, p. 1888-1890). — O. et M. ont réalisé un appareillage, assez complexe, d'ailleurs, permettant la culture de la moelle osseuse dans de bonnes conditions. A l'aide de cet appareil, ils ont entrepris une série de recherches du plus haut intérêt, dont ils n'indiquent d'ailleurs pas encore les résultats: citons parmi les plus intéressantes l'étude de l'action leucémiante des carbures carcinogéniques, les essais de culture d'érythrocytes pour transfusion, et de cultures pures de leucocytes pour le traitement des maladies infectieuses.

R. Rivoire.

F. Willins. ***La durée de la survie dans la thrombose coronaire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 22, 30 Mai 1936, p. 1890-1894). — W. apporte dans cet intéressant article la statistique de la clinique Mayo sur le pronostic lointain de la thrombose coronaire. Voici quel est l'essentiel de cette étude, basée sur l'étude de 370 cas :

1° L'infarctus du myocarde s'observe surtout entre 50 et 70 ans, 7 fois plus souvent chez l'homme que chez la femme;

2° Dans 80 pour 100 des cas, il n'y eut qu'une crise isolée d'infarctus, en comprenant dans ce chiffre les malades morts à la première attaque;

3° 15 pour 100 des malades sont morts de leur infarctus, et 30 pour 100 environ d'insuffisance cardiaque progressive;

4° 45 pour 100 des malades ont survécu; quelques-uns n'ont pas eu de crise depuis 17 ans, et sont en très bonne santé.

R. Rivoire.

H. Blotner. ***Action de l'alcool sur la digestion par le suc gastrique, la trypsine et la pancréatine*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 23, 6 Juin 1936, p. 1970-1971). — De nombreux auteurs ont suggéré depuis longtemps que la polynévrite alcoolique était une maladie par carence, l'alcool s'opposant à l'assimilation d'une vitamine ou d'un ferment. Mais aucune preuve n'avait été fournie à l'appui de cette hypothèse. L'auteur montre dans ce court article que l'alcool, mêlé en proportion convenable à du suc gastrique, ou à des solutions de trypsine et de pancréatine, empêche *in vitro* la digestion des albumines. Bien mieux, prélevant du suc gastrique à des alcooliques invétérés, il a vu que ce suc gastrique avait perdu toute activité protéolytique. Il semble donc bien que l'alcool inactive les ferments digestifs et de nouvelles recherches s'imposent pour étudier ce nouvel aspect très intéressant de la question des avitaminoses d'absorption.

R. Rivoire.

Editorial. ***La typhoïde dans les grandes villes des Etats-Unis en 1935*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 23, 6 Juin 1936, p. 1983-1986). — Cet éditorial présente un intérêt exceptionnel parce qu'il démontre à quel point la mortalité par typhoïde est devenue négligeable en Amérique du Nord. Certaines villes de plus de 100.000 habitants n'ont eu *aucun décès* par typhoïde en 1935, et dans l'ensemble la mortalité oscille suivant les régions entre 0 et 2 décès pour 100.000 habitants, alors qu'il y a 20 ans, la proportion était souvent de 30 ou 40. Il serait intéressant de savoir si cette décroissance remarquable est liée à une généralisation de la vaccination préventive ou à une amélioration des conditions hygiéniques.

R. Rivoire.

C. Barnacle, J. Ewolt et **F. Ebaugh.** ***Le traitement de la chorée par la fièvre artificielle : communication préliminaire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **106**, n° 24, 13 Juin 1936, p. 2046-2049). — Divers auteurs ayant rapporté les très bons résultats obtenus dans le traitement de la chorée par les thérapeutiques de choc, particulièrement par l'injection intraveineuse de T.A.B., les auteurs ont eu l'idée de tenter la thérapeutique de cette affection par la fièvre artificielle. Ils ont traité ainsi, avec l'appareillage « Kettering hypertherm », 20 malades atteints de chorée: les résultats ont été remarquables, puisque la guérison a été obtenue dans tous les cas, en 9 jours en moyenne. A l'heure actuelle, aucune récidive n'a été observée, mais les essais ne datent que d'un an encore.

R. Rivoire.

W. Hasler et **L. Spekter.** ***Le traitement de l'ophtalmie gonococcique par la fièvre artificielle*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 2, 11 Juillet 1936, p. 102-105). — La fièvre artificielle a été appliquée sur une large échelle en Amérique pour le traitement des gonococcies. Seule l'ophtalmie blennorragique n'avait guère été traitée par cette méthode. Les auteurs montrent dans ce travail que l'on peut obtenir des résultats remarquables dans le traitement de cette affection. Ils ont traité 6 malades à l'aide de l'appareillage à lampes radiantes de Birhage et Warren. Les résultats ont été excellents, puisque 5 malades ont guéri après une ou deux séances, et que le 6e guérit une semaine après la seconde séance. La méthode est particulièrement indiquée quand existent des complications cornéennes.

R. Rivoire.

C. Neymann, Ch. Lawlen et **S. Osborne.** ***Le traitement de la syphilis récente par l'électropyrexie*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 3, 18 Juillet 1936, p. 194-200). — N., L. et O. ont traité 7 malades atteints de syphilis récente par l'électropyrexie seule, et 7 autres par l'électropyrexie associée à l'arsénobenzol et au bismuth.

L'hyperthermie était produite par des ondes courtes et les séances étaient de plusieurs heures, la température était souvent maintenue à plus de 42° pendant une heure.

Malgré cette hyperthermisation énergique, tous les malades traités par l'électropyrexie seule présentèrent, après cicatrisation des lésions cutanées et négativation du Wassermann, des récidives cliniques ou sérologiques. Par contre, tous les malades soumis au traitement mixte furent négativés en 42 jours en moyenne, et n'ont plus présenté de récidives pendant 5 à 18 mois, malgré l'arrêt de toute thérapeutique.

Il est encore un peu tôt pour juger de la valeur de l'électropyrexie dans le traitement de la syphilis Il faudra attendre encore plusieurs années pour savoir si cette thérapeutique, associée à la chimiothérapie, est capable de guérir définitivement la syphilis récente.

R. Rivoire.

NEW YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE

J. C. Regan et **A. Tolstoouhov.** ***Rapports de l'équilibre acido-basique avec la pathogénie et le traitement de la coqueluche*** (*New York State Journal of Medicine*, t. **36**, n° 15, 1er Août 1936, p. 1075-1085). — L'étude chimique du sang au cours de la coqueluche a montré des modifications biochimiques importantes. La concentration ionique du sang en hydrogène est augmentée; le phosphore inorganique est plus ou moins diminué; la glycémie est à un taux normal bas et le taux de l'acide urique est augmenté.

Ces changements, surtout du taux du phosphore et même du pH, apparaissent de bonne heure dans la maladie; le phosphore inorganique peut être déjà diminué à la fin du stade catarrhal. Ces deux troubles sont marqués durant les premières semaines du paroxysme, tous deux marquent un certain degré de parallélisme dans leur évolution qui signifie une corrélation étroite des deux phénomènes.

La calcémie ne présente pas de modification constante; elle est surtout légèrement instable.

L'élévation de la concentration ionique du sang en hydrogène avec l'abaissement du phosphore et du pouvoir de combinaison du CO^2 normal indique une acidose non compensée due à l'augmentation de la concentration en acide carbonique du sang, elle-même conséquence de la mauvaise ventilation pulmonaire entraînée par la toux paroxystique et les fatigues du centre respiratoire.

En se basant sur ces phénomènes, la thérapeutique consiste à se débarrasser du gaz carbonique par de l'oxygène ou de l'air et à augmenter les bicarbonates du sang au moyen de l'alcali. Ainsi se trouve expliquée l'action des remèdes hygiéniques tels que séjour au grand air, au bord de la mer, inhalations d'oxygène, soleil ou rayons ultra-violets et même rayons X.

Les alcalis ont un effet curatif rapide et peuvent faire avorter la maladie dans les cas pris précocement. L'influence des substances alcalines sur le pH du sang et l'élévation de la phosphorémie est frappante; elle coïncide avec une amélioration clinique.

La tétanie d'origine rachitique n'est pas la cause de la tendance convulsive de la toux de la coqueluche. Les constatations chimiques, loin de montrer l'alcalose dans la coqueluche, mettent en évidence une tendance à l'acidose et l'efficacité du traitement alcalin confirme les résultats de l'étude chimique du sang au cours de la coqueluche.

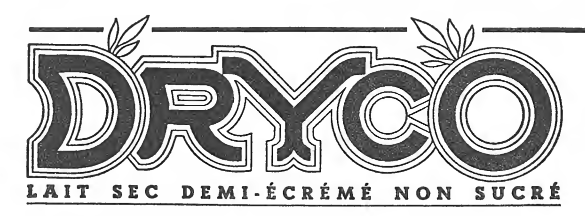
Robert Clément.

M. B. Brahdy (Mount Vernon). ***Derniers résultats de 63 cas de poliomyélite traités par le « respirator »*** (*New York State Journal of Medicine*, t. **36**, n° 16, 15 Août 1936, p. 1147-1150). — Le « respirator » est un appareil pour la respiration artificielle inventé par Drinker et ses collaborateurs, que B. a employé avec succès dans le traitement des formes graves bulbaires de poliomyélite.

63 poliomyélitiques sur 1.632 ont été choisis parce qu'ils présentaient de la difficulté à respirer: respiration irrégulière et superficielle, dyspnée marquée, agitation, fatigue ou cyanose persistante. La mortalité fut de 100 pour 100 dans les cas bulbaires et de 47 pour 100 dans les cas spinaux. Les constatations anatomiques montrèrent qu'à peu près la moitié sont morts d'une complication respiratoire. Souvent c'est une atélectasie massive qui peut être prise pour une pneumonie ou une pleurésie.

La plupart des malades présentant des troubles respiratoires ont également des muscles moteurs atteints. La plupart de ceux qui survivent à la période aiguë gardent des paralysies résiduelles et ont leur activité physique très diminuée. Cependant, 7 d'entre eux, actuellement vivants, sont assez bien portants pour aller à l'école et deux n'ont pas de séquelles paralytiques.

Au premier abord, ces constatations sont assez décourageantes, mais on ne doit pas perdre de vue que deux enfants sont parfaitement bien et que quelques autres sont assez bien. Sans le traitement respiratoire, ils avaient peu de chances de survie. Cet appareil de respiration artificielle est un appoint nouveau à notre thérapeutique. Pour obtenir de meilleurs résultats dans les cas de po-



LAIT SEC DEMI-ÉCRÉMÉ NON SUCRÉ

Le plus comparable, par ses caractères physiologiques, au lait de femme.
Digestibilité parfaite.

Le Lait DRYCO est l'aliment qui convient à tous les nourrissons.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LAIT SEC "DRYCO", 5, rue Saint-Roch -- PARIS

CHRYSOTHÉRAPIE DE LA TUBERCULOSE ET DU RHUMATISME

MYORAL

AUROTHIOGLYCOLATE DE CALCIUM EN SUSPENSION HUILEUSE (64 % D'OR MÉTAL)

LE SEUL SEL D'OR INSOLUBLE

Rend la Chrysothérapie efficace et sans danger

4 FORMULES : Ampoules de 5 cgrs. - Ampoules de 10 cgrs (1 cc.). - Ampoules de 20 cgrs (2 cc.). - Ampoules de 30 cgrs (3 cc.)

En injections intramusculaires indolores.

THÉRAPEUTIQUES PAR LES ACIDES AMINÉS. THÉRAPEUTIQUES PAR LE CALCIUM

FRANCALCIUM

ACÉTYLGLYCOCOLLATE DE CALCIUM ASSIMILABLE

FRANCALCIUM réalise, pour la première fois, la synthèse du calcium et d'un acide aminé.

TOUTES LES INDICATIONS DU CALCIUM ET DES ACIDES AMINÉS

Solution buvable. Ampoules injectables. Comprimés.

TRAITEMENT DES CONSTIPATIONS CHRONIQUES

FRANLAXOL

Granulé Mucilagineux

Évacuant, Non Irritant, Non Putrescible, Non Digestible.

Laboratoire du MYORAL, 3, rue Saint-Roch, PARIS

liomyélite à manifestations respiratoires, il faudra améliorer l'appareil et la technique.

Robert Clément.

L. E. Gaul. ***Spectroscopie clinique. Psoriasis devenu pustuleux et eczémateux à la suite d'ingestion d'huile minérale*** (*New York State Journal of Medicine*, t. **36**, n° 17, 1er Septembre 1936, p. 1219-1223). — Il s'agit d'un homme de 24 ans, de race juive, qui présentait, depuis 8 ans, un psoriasis typique à tendance expansive. En Octobre 1934 on lui avait prescrit des onctions locales, une exposition généralisée à la lampe de quartz, l'absorption d'huile de foie de morue et d'huile minérale. Pendant une période de 3 mois, il absorba 7 à 8 cuillerées à soupe par jour de cette huile. A partir de Janvier, l'éruption psoriasique s'étendit et les lésions auparavant sèches s'accompagnèrent de pustules et de divers degrés d'exsudation. En Avril, se développa une dermite exfoliatrice aiguë généralisée et un exsudat profus d'un liquide laiteux, visqueux et épais d'odeur rance. On fut obligé de l'hospitaliser et on lui fit des injections de soufre colloïdal, puis de manganèse colloïdal. En Mai, la dermite exfoliatrice s'était améliorée, mais des pansements constants étaient nécessaires pour absorber l'exsudat au niveau des jambes et de l'ombilic.

Un « biospectrogramme », c'est-à-dire un spectrogramme obtenu en brûlant un fragment biopsique de la peau pris dans des conditions déterminées (0 cm. 47 de profondeur dermique), montra une rétention très élevée de phosphore.

En Septembre, le malade dut de nouveau rentrer à l'hôpital en raison de l'exsudation persistante et d'une cachexie générale. On le mit à un régime alimentaire déminéralisé et hydrique, privé de tout lait ou laitage, jaune d'œuf, huiles végétales et composé surtout de légumes frais et de fruits crus. On y ajouta de petites doses de thyroxine pour stimuler les métabolismes. Peu à peu l'état s'améliora et, 5 semaines plus tard, le psoriasis avait disparu. Une seconde analyse biospectrométrique de la peau montra moins de phosphore qu'il n'y en a dans la peau normale, mais il restait un certain degré d'inflammation des jambes, de l'ombilic, de l'oreille droite qui continuaient à excréter de petites gouttes d'un liquide laiteux qui donnait un anneau huileux sur le papier. Ensuite, on put voir de petits globules de la grosseur d'une tête d'épingle qui, sous la pression qui brisait la couche épidermique, montraient la substance étrangère huileuse, car les divers procédés de recherche ont montré que l'exsudat était une huile.

Les huiles minérales sont absorbées par le tube digestif et peuvent produire une infiltration graisseuse dans le foie ou les surrénales. Ici, le syndrome clinique attribué à l'huile de paraffine peut être considéré comme une réaction tissulaire à une substance étrangère.

Robert Clément.

J. C. M. Brust (Syracuse). ***Rectite artificielle (due au radium)*** [*New York State Journal of Medicine*, t. **36**, n° 17, 1er Septembre 1936, p. 1229-1230]. — B. apporte les observations de 3 femmes qui, à la suite d'applications de radium sur le col utérin pour carcinome, ont présenté une rectite. Quatre semaines à 10 mois après l'application du radium les malades avaient été alarmées par la présence de sang dans les selles, sang rouge, brillant en général, quoiqu'il y eût quelques caillots plus foncés; 2 des malades décrivaient une sensation de pesanteur et de malaise dans la région rectale, mais pas de douleurs vives. Dans les 3 cas, on peut affirmer qu'aucun processus malin n'était apparent dans le rectum et rien ne permettait de songer à l'extension directe du carcinome utérin à la paroi recto-vaginale. Chaque jour on prescrivit aux malades un lavement à l'eau chaude après évacuation fécale, avec une sonde de caoutchouc souple.

Quoiqu'il faille 1 ou 2 ans habituellement avant que les lésions rectales disparaissent, il y a rapidement une diminution des symptômes désagréables. Un léger saignement peut persister pendant des mois et des années; parfois le ténesme est si grave qu'il nécessite une injection rectale d'huile d'olive chaude avec suspension de bismuth. Il ne semble pas qu'il y ait un rapport direct entre le nombre de milligrammes-heure de radium appliqué et l'apparition de la rectite.

Un signe caractéristique de la lésion est qu'elle est toujours limitée à la paroi antérieure du rectum et la limite inférieure de la région atteinte est environ de 4 à 5 cm. au-dessus de la ligne dentelée.

Robert Clément.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

F. L. Reichert et **W. E. Dandy.** ***Polyurie et polydipsie (diabète insipide) et glycosurie résultant d'expériences sur l'hypophyse et sa région, chez l'animal*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **58**, n° 6, Juin 1936, p. 418-427). — Des expériences poursuivies sur le chien ont donné des résultats si peu probants, parfois si paradoxaux, qu'on ne peut en tirer des conclusions. Les rapports topographiques de l'hypophyse, des centres tubériens et de la tige hypophysaire sont, chez le chien, suffisamment différents de ceux existant chez l'homme pour enlever à l'expérimentation sur cet animal une grande part de leur valeur.

L'extirpation totale de l'hypophyse a été suivie de polyurie et de polydipsie dans 50 pour 100 des cas; avec cautérisation surajoutée de la base du cerveau, dans 70 pour 100 des cas, mais de moindre volume. Quand la tige hypophysaire ou l'hypophyse en totalité sont comprimés par une pince d'argent ou lorsque la tige hypophysaire est séparée du cerveau ou quand des aiguilles sont introduites et laissées dans l'hypophyse, les résultats sont à peu près les mêmes: dans 33 pour 100, il y a un degré modéré de polyurie et de polydipsie.

La polyurie et la polydipsie ne durent que 2 à 4 jours dans les formes légères et 7 à 10 jours dans les cas les plus prolongés. Il est impossible d'obtenir une polyurie et une polydipsie permanentes comme chez l'homme, ou si rarement que l'on peut se demander si elle n'existait pas antérieurement chez le chien comme cela se voit quelquefois.

On peut seulement conclure que ces symptômes relèvent d'un mécanisme neurologique que l'on peut reproduire par une excitation mécanique ou thermique de la base du cerveau ou de l'hypophyse, mais dans lequel l'hypophyse n'est pas un élément indispensable.

La glycosurie est à peu près la même chez les animaux de contrôle à qui on a fait subir seulement la préparation opératoire et l'anesthésie et quelle qu'ait été l'intervention pratiquée sur l'hypophyse ou la base du cerveau. Elle est toujours transitoire, parfois seulement dans le premier échantillon d'urine, dans d'autres cas elle persiste 24 à 48 heures.

Robert Clément.

Miriam Brailey. ***Mortalité chez les nourrissons à réaction tuberculinique positive*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **59**, n° 1, Juillet 1936, p. 1-10). — 170 enfants (72 blancs, 98 de couleur) tuberculisés avant 2 ans ont été observés pendant un temps allant de 1 à 5 ans.

67 présentaient, dès le premier examen radiologique, une lésion pulmonaire. 22 de ceux-ci étaient malades et présentaient des symptômes tels qu'un diagnostic aurait été fait par les moyens cliniques courants. Les autres n'avaient aucun signe de leur infection et le diagnostic n'aurait pas été fait sans la réaction tuberculinique et les rayons X.

31 pour 100 moururent dans la première année de l'observation.

Parmi ceux dont la radiographie initiale ne montrait pas de lésions parenchymateuses, la mortalité, durant l'année suivant la découverte de l'infection, a été de 6,8 pour 100 (pas de décès chez les blancs, 7 chez les noirs).

La mortalité totale a été de 13 pour 100 pour les blancs et de 31 pour 100 pour les enfants de couleur, 70 pour 100 des morts étant survenues au cours de la première année, la plupart dans les 6 mois suivant la découverte de l'infection.

Pour les deux groupes d'enfants, la mortalité a été plus de deux fois plus grande chez les enfants infectés durant les six premiers mois de leur vie que chez ceux dont l'infection a été découverte entre 6 mois et 2 ans.

Dans 78 pour 100 des blancs et 64 pour 100 des enfants de couleur, la contagion intra-familiale a été prouvée par la découverte d'un cracheur de bacilles. Les enfants ainsi exposés ont présenté une mortalité légèrement plus haute que ceux pour qui le contage n'a pas été prouvé.

Robert Clément.

G. A. Harrop. ***L'influence du cortex surrénal sur la répartition de l'eau dans le corps*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **59**, n° 1, Juillet 1936, p. 10-23). — H. s'est livré à une série d'expériences chez le chien après surrénalectomie totale et injection d'hormone corticale dans le but de mettre en évidence et d'expliquer les troubles du métabolisme de l'eau observés. Il a d'abord cherché à mesurer les effets de l'injection de l'extrait cortical sur l'équilibre de l'eau et des électrolytes dans le sang chez les animaux surrénalectomisés. Pour apprécier le volume des liquides interstitiels pendant l'insuffisance surrénale, il s'est servi du thiocyanate de sodium. A des chiens normaux, à qui on ne donnait aucune boisson et aucune alimentation pendant la durée de l'expérience, le sel était retiré sans perte d'eau au moyen d'injections intra-péritonéales de glucose.

De ces expériences on peut conclure qu'une diminution du volume liquide interstitiel survient pendant l'insuffisance surrénale et que ce volume est rétabli après injection d'hormone. Le principal mouvement du liquide se passe dans les cellules à la suite du retrait de l'hormone et des cellules aux espaces interstitiels, quand l'hormone est réinjectée.

Il est probable que la concentration sanguine notée dans l'insuffisance surrénale est due à 3 facteurs: 1° Déplacement du liquide extra-cellulaire dans les cellules du tissu; 2° Drainage de l'eau plasmatique hors du système vasculaire dans les espaces extra-cellulaires; 3° Augmentation de l'excrétion urinaire. De ces 3 facteurs, le premier est le plus important.

Robert Clément.

ARCHIVES of DERMATOLOGY and SYPHYLOLOGY (Chicago)

Wise et **Wolf.** ***Dermatophytoses et dermatophytides*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **34**, n° 1, Juillet 1936, p. 1-14). — Parmi les affections du type dyshidrosiforme des mains et des pieds observées aux Etats-Unis, on peut distinguer les éruptions dues à une infection superficielle par des champignons (tricophyton, épidermophyton, levures); des éruptions de type secondaire causées par un foyer primitif mycosique (épidermophytides, moniliides, tricophytides), des érup-

tions causées par des substances irritantes exogènes (dermatoses professionnelles), des éruptions vésiculeuses de nature inconnue (eczéma, dyshidrose vraie) et enfin des éruptions toxiques d'origine alimentaire ou médicamenteuse.

W. et W. ont constaté qu'aux Etats-Unis, la majorité des éruptions vésiculeuses des mains chez l'adulte (à part les dermatoses professionnelles ou toxiques, l'eczéma) sont accompagnées d'infection mycosique des pieds. Ces éruptions des mains sont ordinairement des épidermophytides, des moniliides ou des tricophytides.

Comme la plupart des adultes ont ou ont eu des champignons au niveau des pieds, les réactions à la tricophytine ou l'oidiomycine ont peu d'importance pour le diagnostic différentiel d'une éruption vésiculeuse concomitante des mains.

Si le malade a une éruption vésiculeuse des mains et, en même temps, une éruption des pieds, cela n'indique pas que les lésions des mains soient nécessairement une lésion secondaire (tricophytide, etc...) ; elle peut être causée par des facteurs connus, autres que les champignons ou même par des agents inconnus.

R. Burnier.

Gracc et **Suskind.** ***Lymphogranulomatose inguinale*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t **34**, n° 1, Juillet 1936, p. 65-78). — On peut préparer avec le cerveau d'une souris blanche, infectée avec le virus de la maladie de Nicolas-Favre, un antigène de Frei, qui remplace avantageusement l'antigène humain, souvent souillé d'impuretés.

Cet antigène de souris est préparé depuis un an au New York Hospital et 88 spécimens différents ont été utilisés chez 27 malades atteints de maladie de Nicolas et chez 38 témoins non lymphogranulomateux.

On obtient ordinairement chez les malades une papule érythémateuse de 8 mm. avec aréole variable; dans 77 pour 100 des cas, on nota une papule centrale de 7 à 10 mm. de diamètre.

On n'observa aucune réaction positive avec cet antigène de souris chez les divers témoins. De plus, l'émulsion de cerveau normal de souris non infectée préparé de la même façon que l'antigène donna toujours des résultats négatifs.

La présence d'une syphilis en activité ou ancienne n'a aucune action sur la réaction de Frei obtenue avec l'antigène de souris.

R. Burnier.

Grossman. ***Embolie artérielle après une injection intramusculaire d'un sel de bismuth*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **34**, n° 1, Juillet 1936, p. 93-96). — Un syphilitique ancien, de 38 ans, reçoit dans le quadrant supéro-externe de la fesse droite la 5e injection d'une série faite avec une aiguille de 375 mm. Le sel employé était du salicylate de bismuth en suspension huileuse.

Le malade ressentit immédiatement une vive douleur lancinante dans la fesse et dans la cuisse, mais ne se plaignit pas : il put rentrer chez lui difficilement, mais là il ne put remuer la jambe droite; la fesse devint rouge, chaude, tendue.

Le lendemain apparurent sur la fesse droite des stries livides, caractéristiques de la dermite livédoïde de Nicolau; quelques foyers nécrotiques se formèrent les jours suivants, laissant écouler un liquide jaunâtre et du sang. La cicatrisation fut obtenue en 30 jours.

Pour éviter de semblables accidents, on conseille, une fois l'aiguille enfoncée, d'aspirer avec une seringue contenant du sérum artificiel; si la seringue ne montre aucune trace de sang, on adapte à l'aiguille une autre seringue contenant la préparation bismuthique.

R. Burnier.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

P. Sydenstricker, S. Armstrong, J. Derrick et **S. Kemp.** ***Carence possible du facteur intrinsèque dans la pellagre*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **192**, n° 1, Juillet 1936, p. 1-6). — Il existe certaines analogies entre la pellagre et l'anémie pernicieuse. A côté de la carence en facteur extrinsèque B^2 qui est à l'origine de la maladie, il est possible qu'il existe aussi un manque de facteur intrinsèque, ce dernier étant nécessaire pour l'utilisation du facteur extrinsèque B^2; ainsi s'expliqueraient les échecs observés parfois avec l'administration du facteur extrinsèque, même en excès.

Partant de cette hypothèse, les auteurs ont fait prendre des quantités variables de suc gastrique normal humain mis à l'étuve en présence de viande de bœuf à 6 pellagreux soumis à une alimentation pellagrogène. Chez 5 ils ont observé une amélioration plus rapide qu'avec un régime optimum enrichi en vitamine B^2. Chez le 6e, très gravement atteint, on put obtenir une survie inespérée. Aussi pensent-ils que le facteur intrinsèque, présent dans le suc gastrique normal, rend possible l'utilisation de minimes quantités de facteur extrinsèque B^2. La rémission prolongée obtenue chez 2 patients indique que ce facteur intrinsèque est capable d'être emmagasiné dans l'organisme.

Il y aurait donc dans la pellagre une carence du facteur intrinsèque de degré variable, quelques patients conservant assez de ce facteur pour guérir même avec une alimentation pauvre en vitamine B^2; d'autres étant capables de régénérer rapidement le facteur intrinsèque en présence d'une quantité abondante de facteur extrinsèque et de guérir ainsi avec une alimentation riche en vitamines; d'autres enfin manquant complètement de facteur intrinsèque et étant incapables de le régénérer, même avec un régime optimum; ces derniers peuvent guérir avec le traitement de substitution par le facteur intrinsèque ou succomber à des troubles cardiaques ou nerveux avant que le traitement ait été institué.

P.-L. Marie.

J. T. Brundage, A. Cantarow et **R. S. Griffith.** ***Viscosité, protides et lipides du plasma dans l'hypertension essentielle*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **192**, n° 1, Juillet 1936, p. 30-36). — Chez 21 hypertendus le taux des protides totales du plasma fut trouvé dans les limites normales, la moyenne étant toutefois quelque peu plus élevée que normalement. La sérine et la globuline se montrèrent à peu près normales, mais le taux du fibrinogène était très élevé chez beaucoup de patients.

La viscosité du plasma chez les hypertendus dépassa d'ordinaire celle des sujets normaux, mais on trouva parfois des chiffres inférieurs à la limite supérieure normale; on ne constata pas de rapport entre la viscosité et le degré de l'hypertension.

Le taux des acides gras se montra légèrement supérieur à la moyenne normale. Les lipides du plasma ne semblent pas avoir de rapport avec sa viscosité.

La relation entre les divers protides du plasma et la viscosité pourrait peut-être être établie de façon plus nette si le taux et la viscosité relative des diverses fractions de globuline pouvaient être déterminés.

P.-L. Marie.

G. Lennox, T. J. von Storch et **P. Solomon.** ***Effet du tartrate d'ergotamine sur les céphalées non migraineuses*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **192**, n° 1, Juillet 1936, p. 57-60). — Le tartrate d'ergotamine, administré par voie parentérale, fit avorter la crise de migraine dans 90 pour 100 des cas étudiés. Agit-il de même dans les céphalées non migraineuses ? L., S. et S. l'ont essayé dans des maux de tête liés à des méningites aseptiques, à l'hypertension intracranienne, à une sinusite, à une cause inconnue ou à l'injection expérimentale d'histamine. 15 pour 100 des patients furent soulagés, 63 pour 100 ne furent pas influencés et 2 pour 100 virent leur céphalée s'aggraver. Le médicament provoqua du mal de tête chez 16 pour 100 des sujets qui n'en présentaient pas autrement. Chez 4 migraineux soulagés par l'ergotamine, l'injection d'histamine produisit la céphalée histaminique habituelle.

Le tartrate d'ergotamine exerce donc sur la céphalée migraineuse une action spécifique. Les constatations faites indiquent qu'il n'agit pas directement sur les terminaisons nerveuses sensitives de la dure-mère ou du crâne, mais qu'il possède une action générale intermédiaire.

P.-L. Marie.

J. R. Veal et **E. Mc. Fetridge.** ***Les altérations vasculaires dans la claudication intermittente; valeur de l'artériographie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **192**, n° 1, Juillet 1936, p. 113-121). — V. et F. passent d'abord en revue les diverses théories invoquées pour expliquer l'origine de la douleur dans la claudication intermittente : crampe musculaire ischémique, anoxémie par obstruction vasculaire, spasme vasculaire, mise en liberté d'un produit du métabolisme musculaire (facteur P de Lewis).

V. et F. se sont adressés à l'artériographie pour élucider cette pathogénie. Ils ont soumis 15 malades soigneusement choisis, âgés de 23 à 77 ans, à cette méthode d'exploration. Ils soulignent que, dans 3 cas d'étiologie indéterminée, la radiographie montrait un type de lésions (artères musculaires courtes et en massue) tout à fait différent de celui qui existait dans les 12 autres cas qui étaient d'origine artérioscléreuse.

L'étude artériographique fournit de nouveaux arguments contre la théorie du spasme artériel, cause de la douleur.

Une observation montre que l'amélioration qui suit le traitement par la chaleur, l'exercice ou d'autres méthodes similaires n'est pas due à une modification notable dans la vascularisation, mais à une meilleure nutrition des muscles traités influençant les conditions physico-chimiques résultant de l'exercice.

P.-L. Marie.

F. Schiödt (Copenhague). ***La régénération sanguine chez les ulcéreux ayant eu une hématémèse ou du mélæna et traités par le régime alimentaire usuel dans l'ulcère et par le régime de Meulengracht*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **192**, n° 2, Août 1936, p. 163-167). — Les ulcéreux qui ont saigné, soumis au régime d'aliments en purée (viande, poisson, fruits, légumes) avec adjonction de fer, régénérèrent leur sang beaucoup plus vite que ceux qui reçurent le régime prescrit usuellement en pareil cas (thé, puis lait, puis bouillies de farines). Ce résultat fut particulièrement frappant chez un malade qui fut traité deux fois pour des hémorragies de même intensité.

En dehors de l'amélioration subjective bien plus grande observée, les statistiques de mortalité viennent affirmer la supériorité de la cure de Meulengracht chez les ulcéreux qui saignent. Whipple avait d'ailleurs mis en évidence les avantages d'une alimentation convenable chez ses chiens saignés.

P.-L. Marie.

G. Alsted (Copenhague). ***Nouvelles recherches sur l'azotémie consécutive aux hémorragies digestives*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **192**, n° 2, Août 1936, p. 199-208). —

Comme Clausen, Christiansen, etc., A. a constaté qu'une hyperazotémie s'observe généralement dans les jours qui suivent une hémorragie digestive. Parmi 26 patients, présentant une hématémèsee ou du melæna, il a trouvé une augmentation marquée (plus de 50 milligr. pour 100) de l'urée chez 13, un taux compris entre 39 et 50 pour 100 chez 9 et chez 4 patients seulement un taux au-dessous de 38 milligr. pour 100. Un des malades eut jusqu'à 216 milligr. et succomba 4 jours après son entrée avec des symptômes urémiques sans qu'il y ait d'affection organique apparente du rein. En même temps, on constatait une diminution accentuée de l'élimination de l'urée et une pression artérielle très basse. Aussi, A. admet-il que l'azotémie en pareil cas relève au moins partiellement d'une diminution fonctionnelle de l'activité rénale due à l'hypotension.

Dans le but de rechercher si l'augmentation de l'urée sanguine trouvée dans les cas plus bénins d'hémorragie digestive peut relever d'un mécanisme similaire, A. a précisé le fonctionnement rénal chez 4 patients atteints d'hématémèse et de mélæna. Il n'a pas pu mettre en évidence de diminution de la fonction rénale. On peut donc soutenir que dans ces cas l'hyperazotémie est causée par la résorption du sang dans l'intestin et par la déshydratation des tissus.

P.-L. Marie.

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOSIFILOLOGIA (Buenos-Aires)

Fidanza, Carrillo et Ocana. ***Le traitement de l'acrodermatite d'Hallopeau*** (*Revista argentina de dermatosifilologia*, t. 20, 1936, p. 22-35). — A propos d'un cas observé chez un homme de 40 ans, F., C. et O. étudient les divers traitements applicables à l'*acrodermatite continue phlycténulaire* d'Hallopeau, la *phlycténose récidivante des extrémités* d'Audry, si résistante à toute thérapeutique.

Successivement furent employés, sans aucun succès, les badigeonnages à l'alcool iodé, les pansements avec l'eau résorcinée à 5 pour 1.000, l'eau d'Alibour au tiers en bains permanents, une pommade à l'oxyde jaune, résorcine, acide salicylique. 12 injections intraveineuses d'hyposulfite de soude à 20 pour 100, 3 fois par semaine, ne donnèrent aucun résultat, de même que 12 injections de quinby et 14 injections d'auto-hémothérapie.

Les mois se passaient sans modifications des doigts, à part une tendance vers l'atrophie cutanée.

3 séances de radiothérapie ne donnèrent aucun résultat.

F., C. et O essayèrent, étant donné l'échec des diverses médications, l'inoculation épidermique de cultures vivantes. Après nettoyage et scarification d'un petit carré de peau de la région deltoïdienne, on déposa une anse de culture vivante, obtenue avec le liquide des vésicules de la lésion cutanée, en étendant cette culture sur la peau scarifiée et en la mélangeant à la sérosité sanguinolente qui suintait. On recouvrit d'une cupule de verre aseptique fixée à la peau à l'aide d'un emplâtre. 48 h. plus tard apparurent des pustulettes qu'on nettoya avec de la teinture d'iode; 2 jours plus tard, les lésions de l'acrodermatite se desséchèrent et aucun nouvel élément n'apparut. La guérison fut obtenue progressivement et se maintient depuis 8 mois.

R. Burnier.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA (Milan)

Bertaccini. ***Le traitement de la lèpre par le bleu de méthylène*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. 77, 4 Août 1936, p. 561-576). — B. a traité par les injections de bleu de méthylène 25 malades: 20 atteints de lèpre nodulaire, 2 de lèpre nerveuse, et 3 de forme mixte. Le nombre d'injections varia de 13 à 25 et atteignit même, dans certains cas, 48, avec une dose totale de 1.100 cmc de solution, chiffre rarement atteint par les auteurs.

Comme phénomènes d'intolérance, B. a constaté fréquemment des nausées, des vomissements, des douleurs stomacales, de la diarrhée, parfois de la dyspnée, des vertiges, de la cyanose, tachycardie, bourdonnements d'oreilles, une forte cuisson à la gorge.

Chez certains malades des poussées fébriles et l'apparition d'érythèmes du type polymorphe durent faire cesser le traitement.

Quelques malades virent apparaître au cours du traitement des poussées de nodules identiques à des nodules lépreux, en même temps que de la fièvre, un mauvais état général, un amaigrissement et de l'asthénie. Parfois de nouvelles lésions lépreuses apparaissent lentement, à froid, sans fièvre.

Le bleu se fixe d'une manière élective sur les lésions lépreuses, mais B. n'a pu constater aucun rapport entre l'intensité de la coloration et l'efficacité du traitement.

L'effet du traitement sur les ulcérations lépreuses a été nul chez la plupart des malades: les érythèmes, l'anesthésie n'ont pas été modifiés. Une épididymite n'a pas régressé après 34 injections (570 cmc de solution).

En aucun cas, B. ne vit disparaître les bacilles lépreux du mucus nasal et des nodules.

L'état général des malades n'a pas été amélioré; plusieurs lépreux ont, au contraire, été aggravés.

B. conclut de ses recherches que le bleu de méthylène ne présente aucune efficacité certaine dans le traitement de la lèpre et que son action thérapeutique est inférieure à celle des autres médicaments utilisés jusqu'ici contre cette maladie.

R. Burnier.

Midana et Del Grande. ***Polypeptidémie et dermatoses*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. 77, 4 Août 1936, p. 607-616). — Les polypeptides sont des éléments à grosses molécules provenant de la désintégration des protéines, dont elles représentent un des stades ultimes.

M. et D. G. ont dosé les polypeptides dans le sérum de divers malades: d'abord des sujets indemnes de toutes lésions cutanées, puis des sujets atteints de dermatoses diverses (psoriasis, dermatite herpétiforme, lèpre, tuberculose cutanée, eczéma, mycosis fongoïde, acné, etc.), et, enfin, chez des malades atteints de lésions cutanées et, en outre, de troubles hépato-rénaux.

M. et D. G. ont constaté que dans la grande majorité des cas étudiés, le taux de la polypeptidémie se maintient dans la normale. Dans quelques dermatoses de type érosif, ulcéreux ou tumoral, on a rencontré une augmentation des polypeptides du sérum. Se basant sur leurs recherches et sur celles des autres auteurs, M. et D. G. attribuent une telle augmentation à une désintégration parentérale plus grande des protéines tissulaires.

En outre, l'hyperpolypeptidémie leur paraît due à l'apparition de faits toxiques au cours de certaines dermatoses.

R. Burnier.

ACTA DERMATOLOGICA (Kioto)

S. Urabe. ***L'influence du thallium sur les dents*** (*Acta dermatologica*, t. 27, Juin 1936, fasc. 3-4, p. 54-68). — Les recherches expérimentales faites par les divers auteurs sur l'influence du thallium sur la croissance des dents avaient donné des résultats contradictoires.

U. entreprit de nouvelles expériences sur des rats blancs. De ces expériences, il résulte que l'acétate de thallium peut influencer la croissance dentaire.

Mais cette influence varie suivant la dose: avec les grosses doses, la croissance est troublée; elle est au contraire favorisée par les petites doses.

Chez les rats qui avaient reçu les 2/3 de la dose mortelle d'acétate de thallium, les troubles du développement dentaire apparurent à la fin de la 2e semaine après l'injection, augmentèrent progressivement jusqu'au milieu de la 3e semaine, puis tout redevint normal.

R. Burnier

POLSKA GAZETA LEKARSKA (Lwow)

G. Goertz. ***Guérison chirurgicale de la kystofibromatose osseuse (Maladie de Recklinghausen)*** [*Polska Gazeta Lekarska*, t. 15, n° 11, 15 Mars 1936, p. 200-205]. — G. rapporte l'observation d'une malade présentant des lésions du squelette caractéristiques de la maladie de Recklinghausen. La biopsie pratiquée a démontré qu'il s'agissait d'une ostéite fibro-kystique. De plus, la malade présentait une petite tumeur kystique de la parathyroïde gauche qui fut enlevée chirurgicalement au cours de la deuxième année de l'évolution des complications osseuses. Cette intervention fut suivie d'une amélioration progressive des lésions du squelette, amélioration qui s'est poursuivie pendant les 4 ans 1/2 pendant lesquels la jeune malade a été suivie. De nombreuses reproductions radiographiques illustrent ce travail.

Fribourg-Blanc.